



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

STÉPHANI LUSSANA DALLA VECCHIA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-
NATAL DE ALTO RISCO**

**PASSO FUNDO
2018**

STÉPHANI LUSSANA DALLA VECCHIA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-
NATAL DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul

Orientador: Prof. Mestre José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Coorientadora: Prof. Sofia Carla Abelin Noskoski

PASSO FUNDO

2018

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Vecchia, Stéphani Lussana Dalla
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO / Stéphani Lussana Dalla
Vecchia. -- 2018.
129 f.:il.

Orientador: Mestre José Ribamar Fernandes Saraiva
Junior .

Co-orientador: Sofia Carla Abelin Noskoski.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Medicina, Passo Fundo, RS , 2018.

1. Cuidado pré-natal. 2. Gravidez de alto risco. 3.
Morbidade. 4. Gestantes. 5. Perfil Epidemiológico. I. ,
José Ribamar Fernandes Saraiva Junior, orient. II.
Noskoski, Sofia Carla Abelin, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

STÉPHANI LUSSANA DALLA VECCHIA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-
NATAL DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Médico em Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul

Orientador: Prof. Mestre José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Coorientador: Prof. Sofia Carla Abelin Noskoski

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:
22/11/2018

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Prof. Dr. Bruna Chaves Lopes

Prof. Vanderleia Pulga

RESUMO

Este volume de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi estruturado de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul e está em conformidade com o Regulamento de TCC do Curso de graduação de Medicina do Campus Passo Fundo. Esse volume é composto de projeto de pesquisa, relatório de pesquisa, artigo científico, apêndices e anexos. O trabalho a seguir foi desenvolvido pela acadêmica Stéphanie Lussana Dalla Vecchia, orientado pelo professor José Ribamar Fernandes Saraiva Junior e coorientado pela professora Sofia Carla Abelin Noskoski, sendo realizado de agosto de 2017 a novembro de 2018, como método avaliativo das disciplinas de TCC I e TCC II, sendo que na disciplina de TCC I o projeto de pesquisa foi elaborado, no segundo semestre de 2017. Na disciplina de TCC II no segundo semestre de 2018, foi executada a coleta de dados, e elaboração do artigo científico, em que é possível conhecer o perfil epidemiológico das gestantes encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco no Centro de Referência de Saúde da Mulher.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Gravidez de alto risco. Morbidade. Gestantes. Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

This volume of Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) was structured according to the norms of the Manual of Academic Works of the Universidade Federal da Fronteira Sul and is in compliance with the Regulation of TCC of the Medical Graduation Course of the Passo Fundo Campus. This volume is composed of research project, research report, scientific article, appendices and annexes. The following work was developed by the academic Stéphani Lussana Dalla Vecchia, instructed by professor José Ribamar Fernandes Saraiva Junior and co-chaired by Professor Sofia Carla Abelin Noskoski, being held from August 2017 to November 2018, as an evaluation method of the subjects of TCC I and TCC II, and in the discipline of TCC I the research project was elaborated in the second semester of 2017. In the discipline of TCC II in the second semester of 2018, data collection and elaboration of the scientific article was performed, in which it is possible to know the epidemiological profile of pregnant women referred to High Risk Pre-Natal at the Centro de Referência de Saúde da Mulher.

Keywords: Prenatal care. High risk pregnancy. Morbidity. Pregnant women. Epidemiological profile.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recursos	25
Quadro 2 - Cronograma	26

LISTA DE QUADROS

Tabela 1 - Principais motivos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (n=494). Centro de Referência de Saúde da Mulher, Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017. ...	33
Tabela 2 - Características da amostra de mulheres encaminhamento ao pré-natal de alto risco (n=494). Variáveis categóricas. Centro de Referência de Saúde da Mulher, Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.	34
Tabela 3 - Doenças infecciosas mais frequentes nas gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco (n=494). Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.	35
Tabela 4 - Outras doenças prévias e atuais nas gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco (n =494). Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.....	36
Tabela 5 - Distribuição de frequência da hipertensão arterial e o diabetes nas mulheres encaminhadas no pré-natal de alto risco segundo grupos de imc. Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.	36
Tabela 6 - Análise das mulheres que foram somente encaminhadas ao centro de referência de saúde da mulher, porém não compareceram às consultas no serviço. anos 2016 e 2017. Passo Fundo RS.....	41
Tabela 7 – Ano do encaminhamento ao Centro de Referência de Saúde da Mulher, Passo Fundo/RS nos anos 2016 e 2017.....	41
Tabela 8 - Distribuição do fumo segundo cor da pele	42
Tabela 9 - Características da amostra de mulheres encaminhamento ao pré-natal de alto risco (n=494). variáveis contínuas. Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.....	42
Tabela 10 - Achados ultrassonográficos mais frequentes entre aquelas que foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco por alterações no ultrassom (n=50). Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.	42
Tabela 11 - Antecedentes obstétricos da amostra de mulheres encaminhadas ao pré-natal de alto risco (n=494). Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.	43
Tabela 12 - Outros dados epidemiológicos das pacientes encaminhadas ao pré natal de alto risco no Centro de Referência de Saúde da Mulher, Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DESENVOLVIMENTO	12
2.1	PROJETO DE PESQUISA	12
2.1.1	Resumo	12
2.1.2	Tema	12
2.1.3	Problema	12
2.1.4	Hipóteses	12
2.1.5	Objetivos	13
2.1.5.1	<i>Objetivo Geral</i>	13
2.1.5.2	<i>Objetivos Específicos</i>	13
2.1.6	Justificativa	13
2.1.7	Referencial Teórico	15
2.1.8	Metodologia	22
2.1.8.1	<i>Tipo de estudo</i>	22
2.1.8.2	<i>Local e período de realização</i>	22
2.1.8.3	<i>População e amostragem</i>	22
2.1.8.4	<i>Variáveis, instrumentos de coleta de dados e Logística</i>	23
2.1.8.5	<i>Análise dos dados</i>	23
2.1.8.6	<i>Aspectos éticos</i>	24
2.1.9	Recursos	25
2.1.10	Cronograma	26
2.1.11	Referências	26
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA	29
3	ARTIGO CIENTÍFICO	31
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	63
	APÊNDICE B – Termo de compromisso para uso de dados em arquivo	65
	APÊNDICE C – Modelo de Banco De Dados	66
	APÊNDICE D – Ficha de transcrição dos dados	67

ANEXO 1 – Relação das profissões – códigos	72
ANEXO 2 – Termo da Secretaria de Saúde	100
ANEXO 3 – Aprovação do CEP	101
ANEXO 4 – Regras da revista FEMINA	104
ANEXO 5 – Protocolo de encaminhamento para obstetrícia.....	108

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno fisiológico em que, na maioria das vezes, sua evolução acontece sem intercorrências. Apesar disso, há uma pequena parcela de gestações com probabilidade de evolução não-favorável, quer para o feto, quer para a mãe, devido à certos agravos, doenças clínicas ou condições sociobiológicas, que podem ser desenvolvidos tanto durante a gestação, ou anterior à ela. Essa parcela compõe o grupo denominado de “gestantes de alto risco” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.11).

A classificação do risco gravídico tem finalidade de identificar os fatores de riscos e o grau de vulnerabilidade que poderiam resultar em desfechos desfavoráveis (GOMES *et al.*, 2001).

A cada ano, estima-se 585.000 mil mortes de mulheres devido a causas relacionadas ao parto e à gestação, conforme dados da United Nations Children’s Fund (UNICEF) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MAINE *et al.*, 1997).

Individualmente, o risco de morte materna é relacionado ao risco da gestação atual e também ao número de vezes que a mulher engravida. A cada nova gestação há o risco de morte materna novamente, aumentando o risco de morte durante a vida dessa mulher (MAINE *et al.*, 1997).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a American Academy of Pediatrics (AAP) definem o pré-natal como um programa de cuidados abrangente, o qual envolve vários cuidados médicos e psicossociais, que devem, idealmente, ocorrer antes mesmo da concepção, e se estender durante todo o período gestacional, permanecendo até o parto (FEBRASGO, 2007).

Segundo Freitas *et al.* (2017, p.57), os programas de pré-natal incluem os cuidados pré-concepcionais, o diagnóstico precoce da gestação, a avaliação pré-natal inicial, e as consultas preconizadas de acompanhamento pré-natais até o parto.

Nesse sentido, os principais objetivos do acompanhamento clínico são identificar as gestantes com fatores de risco para desfechos desfavoráveis, também prevenir os agravos mais comum para a mãe e o feto; assim como tratar enfermidades intercorrentes; educar a futura mãe para um estilo de vida saudável com abandono de hábitos prejudiciais, orientação do uso seguro de medicamentos, correção dietética, dentre outros estímulos de atitudes benéficas para a saúde do

feto e da mãe; assim como também preparar o casal para o nascimento e o puerpério (FREITAS *et al.*, 2017).

Importante lembrar que uma gestação a qual esteja transcorrendo bem, deve ser reavaliada continuamente e meticulosamente, pois essa pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.11).

Conforme demonstra os dados nacionais, tanto a morbimortalidade materna e perinatal se mantém ainda muito elevadas no país. É de conhecimento que a grande maioria das mortes e intercorrências, as quais surgem durante a gravidez, o parto e também no puerpério podem ser evitáveis (BRASIL, 2012).

Entretanto para que isso ocorra, é essencial a cooperação ativa de todos os setores do sistema de saúde. Diversos países em desenvolvimento já obtiveram excelentes efeitos na melhoria de seus indicadores por meio de ações integradas, organizadas, e com alcance abrangente (BRASIL, 2012).

Os resultados em mortalidade materna retratam a vulnerabilidade desse grupo, particularmente de 15% delas, as quais apresentam gestação de risco. (YAMAGUCHI *et al.*, 2013).

Diante dessa discussão, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico das gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco em uma Unidade de Referência, no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Identificar e compreender os principais fatores de risco na gestação, bem como conhecer o perfil epidemiológico das gestantes do pré-natal de alto risco, faz com que novas ações de gestão possam ser desenvolvidas e bem orientadas para os problemas mais relevantes nessa população, buscando novas estratégias de prevenção, educação e tratamento adaptados às necessidades específicas dessas gestantes.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo

O objetivo do presente estudo será descrever o perfil epidemiológico, do ponto de vista clínico, demográfico e laboratorial, das gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco no Centro de Referência de Saúde da Mulher, na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, no período de janeiro a dezembro de 2018. Serão analisados cerca de 340 prontuários de pacientes referenciadas das UBS da cidade, os dados serão extraídos de prontuários físicos, copiados para uma ficha de transcrição (Anexo 1), e posteriormente transferidos para uma planilha eletrônica. A partir da análise descritiva espera-se encontrar dados semelhantes à literatura brasileira e realizar um comparativo com o perfil encontrado e os demais estudos da literatura mundial e brasileira.

2.1.2 Tema

Perfil Epidemiológico do elevado número de gestantes encaminhadas ao Pré-natal de Alto Risco.

2.1.3 Problema

Qual o perfil epidemiológico das gestantes encaminhadas ao Centro de Referência de Saúde da Mulher?

2.1.4 Hipóteses

- A prevalência de gestantes que possuem síndromes hipertensivas, doenças metabólicas endócrinas, alterações laboratoriais, comorbidades clínicas associadas à gestação de alto risco, doenças infectocontagiosas, são semelhantes ao encontrado na literatura brasileira.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivo Geral

Identificar o perfil epidemiológico de gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

2.1.5.2 Objetivos Específicos

- Descrever a prevalência de gestantes que apresentam Hipertensão arterial crônica, Hipertensão Gestacional e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), Diabetes Mellitus (DM) prévio à gestação, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
- Descrever a prevalência de doenças infectocontagiosas nessa população.
- Descrever os achados de alterações laboratoriais nessa população.
- Descrever o perfil epidemiológico de gestantes de acordo com outras comorbidades clínicas existentes durante o curso da gestação atual e anteriores à gestação.
- Observar o motivo do encaminhamento das gestantes ao Centro de Referência de Saúde da Mulher.
- Comparar os resultados encontrados pela equipe de pesquisa com resultados já descritos na literatura brasileira.

2.1.6 Justificativa

A gestação de alto risco ocorre quando se encontra alguma doença ou condição sociobiológica que possa prejudicar a evolução da gravidez, apresentando risco de mortalidade materna e/ou fetal. (BRASIL, 2012).

No contexto das comorbidades podemos citar que o diabetes mellitus está associado a um risco aumentado de resultado perinatal indesejável e, após a gestação, esta mulher terá mais risco de desenvolver o diabetes tipo 2 (RUDGE, 2006).

Observa-se no sistema público de saúde do Brasil que 7,6% das gestantes com mais de 20 anos são portadoras de DMG. Dentro desse contexto, a mortalidade perinatal é quatro vezes maior nesse grupo, apresenta-se também com altos índices de macrosomia fetal, tocotraumatismo, com complicações metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia), inclusive hematológicas (bilirrubinemia, policitemia) e respiratórias (SILVA, 2007).

Aproximadamente 7% das gestações estão associadas a complicações maternas e fetais, resultando em mais de 200.000 casos por ano de diabetes mellitus gestacional registrados no Sistema Único de Saúde, representando uma das principais causas de morbimortalidade materna no país (REICHEL et al., 1998).

Nesse sentido, ao se diagnosticar fatores de riscos para diabetes mellitus gestacional durante o pré-natal, pode-se atuar na prevenção das complicações.

Há a necessidade de um cuidado especial e uma atenção diferenciada às pacientes com idade maior que 25 anos; portadoras da síndrome dos ovários policísticos e/ou síndrome metabólica; portadoras de sobrepeso ou obesidade; com antecedentes familiares de primeiro grau diabéticos e/ou hipertensos; usuárias de drogas hiperglicemiantes; com história de perda gestacional de repetição; polidrâmnio; macrosomia e óbito fetal (ADA, 2017).

Por essa razão, é de fundamental importância o diagnóstico realizado precocemente dessa comorbidade, em virtude das complicações, como a descompensação metabólica, passível de evoluir para cetoacidose, as infecções urinárias de repetição com o risco de pielonefrite aguda, o aparecimento concomitante da doença hipertensiva, risco para abortamento, parto prematuro, distócias e malformações congênitas (IDF, 2009).

Destaca-se ainda comorbidades hematológicas como a anemia, a qual dependendo de seu grau, se associa a efeitos deletérios para a mãe e o feto. Aproximadamente 40% das mortes maternas e perinatais são ligadas à anemia (WHO, 2001).

Valores de hemoglobina materna inferiores a 6,5 g/dL associam-se ao aumento da mortalidade perinatal, e ao comprometimento da vitalidade fetal também. (MILMAN, 2008)

Observa-se ainda maior número de recém-nascidos de baixo peso e prematuros associados às gestações múltiplas, as quais também se associam ao aumento da morbidade e letalidade perinatal. As gestações múltiplas, como as

gemelares, são também associadas a maior frequência de malformações fetais, alterações de vascularização e de quantidade de líquido amniótico. Além disso, devido à maior probabilidade de ocorrência dos fenômenos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hemorragias puerperais, apresenta-se aumentada também a morbidade materna (BRASIL, 2012).

Todas as complicações que ocorrem durante a gestação de alto risco, devido à complexidade das condições clínicas intrínsecas a ela, contribuem para mortalidade materna e infantil, ainda elevadas em nosso país. Estudos dessa natureza são relevantes para que se possa conhecer a amplitude de fatores de risco modificáveis ou tratáveis, ao identificar o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e os cuidados prestados no pré-natal de mulheres de gestação consideradas de alto risco, que possam interferir no desfecho neonatal e materno, afim de promover uma assistência mais qualificada e, se necessário, criar novas estratégias de prevenção e tratamento para melhorar os índices de qualidade de vida, e a saúde do binômio mãe-bebê.

2.1.7 Referencial Teórico

A equipe de saúde, ao estar atenta a todas as etapas do atendimento às gestantes, no decorrer do cuidado pré-natal, com anamnese bem elaborada, exame físico geral e exame gineco-obstétrico cuidadosos, podem prontamente identificar os fatores de risco gestacionais, e além disso, ainda é possível identificá-los em visitas domiciliares. Por esta razão, nota-se a importância da coesão da equipe e dos serviços de saúde locais (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, ao tratarmos de coesão das equipes e de serviços de saúde, é importante citar sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes. É uma ação nacional, implementada em 2007, integrando nove Núcleos de Telessaúde, dispersados em diversas universidades de estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O Programa Telessaúde visa qualificar cerca 2700 equipes de Estratégia Saúde da Família, pelo território brasileiro, buscando melhorar a qualidade da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS) (DANTAS *et al.*, 2016; BAPTISTA *et al.*, 2012).

Esse Programa integra ensino e serviço através de ferramentas de informação e tecnologia, promovendo a Teleassistência e a Teleducação, o que

resulta em resolubilidade na atenção primário, redução de custos, agilidade no atendimento prestado, e otimização de recursos em âmbito governamental.

Dessa forma, a Telessaúde proporciona superação de barreiras geográficas e físicas. Trata-se de uma ferramenta valiosa para formação, ampliação de conhecimentos e atualização da prática profissional em saúde, mediante a demanda e necessidade de ambas as partes envolvidas no processo, aproxima os profissionais à academia e possibilita a troca qualificada de experiências e informações. (DANTAS *et al.*, 2016; BAPTISTA *et al.*, 2012).

O Protocolo de Encaminhamento ao pré-natal de Alto Risco da Telessaúde/UFRGS, têm como objetivo determinar se a gestante necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015).

Dentre alguns critérios existem diversas condições clínicas como: Síndromes Hipertensivas; diabetes; anemias; hipotireoidismo e hipertireoidismo; abortamentos recorrentes; hepatite B ou C; HIV/AIDS; toxoplasmose; condiloma acuminado e/ou presença de verrugas virais; sífilis; alterações ecográficas, quer sejam de líquido amniótico, placentarias, fetais ou sugestivas de malformações e condições clínicas como hidropisia fetal, anemia fetal ou sífilis e também a Isoimunização Rh (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015) .

Ainda entram como critérios desse Protocolo condições clínicas de risco tanto fetais como generalidade ou suspeita de crescimento intrauterino restrito, quanto maternas como infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves, pneumopatias graves; nefropatias graves, doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática), doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia), doenças autoimunes(lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenoses), deformidade esquelética materna grave, desnutrição ou obesidade mórbida, diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau), e ainda tromboembolismo venoso prévio (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015) .

Na literatura brasileira, sabe-se que os principais fatores de risco pré-natais podem ser discriminados em riscos: biológicos, clínicos, ambientais, relacionados à

assistência à saúde, comportamentais, econômicos, socioculturais, obstétricos, e condições atuais (FREITAS *et al.* 2017).

A principal complicação não infecciosa que gera desfecho fatal materno, no Brasil, consiste na hipertensão arterial. Essa doença também é capaz de desencadear danos no feto como, baixo peso ao nascer, suprimento inadequado de oxigênio, risco de desenvolver doenças pulmonares, restrição de crescimento fetal intrauterino, e suprimento inadequado de oxigênio (WHO, 2010).

Acerca dos estudos que abordam os fatores de risco relacionados ao período gestacional podemos citar em Khan *et al.* (2006) se evidenciou que, nos países desenvolvidos, as síndromes hemorrágicas em conjunto com as síndromes hipertensivas são as complicações que mais impactam na mortalidade materna.

É considerado uma hipertensão arterial na gravidez uma pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, de preferência sendo aferida com esfigmomanômetro de mercúrio, e de maneira correta (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015).

Como definição, temos a Hipertensão arterial crônica na gravidez como hipertensão arterial sistêmica (HAS) antecedendo à gestação. Como, muitas vezes, não há registros de pressão arterial antecedentes à gestação, considera-se hipertensão arterial crônica quando a HAS é constatada no primeiro trimestre gestacional ou, no máximo, na 20ª semana (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015).

Na grande maioria dos casos, a HAS crônica se refere à hipertensão essencial, a qual é associada à história familiar e, normalmente, acompanhada de obesidade ou sobrepeso. Raramente pode haver uma hipertensão secundária, e quando essa acontece, está relacionada à doença renal parenquimatosa como uma glomerulonefrite, inclusive uma nefropatia de refluxo (FREITAS *et al.*, 2017).

Freitas *et al.* (2017) ainda descreve que a hipertensão gestacional é aquela que surge pela primeira vez após a 20ª semana de gestação, sem acompanhar algum sinal ou sintoma e sem alteração laboratorial.

A pré-eclâmpsia ou doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), também denominada por William Smith, em 1894, como toxemia gravídica, é uma síndrome caracterizada por hipertensão arterial (PAS > 140 mmHg ou PAD > 90 mmHg) com surgimento após a 20ª semana de gestação, acompanhada de pelo menos um sinal clínico, laboratorial ou hemodinâmico de hiperatividade vascular,

tais como: proteinúria significativa (relação P/C $\geq 0,3$; $\geq 1\text{g/L}$ em fita reagente) e/ou qualquer dos sintomas premonitórios, tais como cefaleia persistente ou grave, anormalidades visuais (visão turva, escotomas, fotofobia), dor abdominal ou epigástrica, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015).

Já a Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica pode ser designada como a hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a: piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015; FREITAS *et al.* 2017).

Ainda dentro das síndromes hipertensivas relacionadas ao período gestacional encontra-se a Eclâmpsia, caracterizada por crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia (TELESSAÚDE RS/UFRGS, 2015; FREITAS *et al.*, 2017; TRANQUILLI *et al.*, 2014).

Além disso, a gestação é sabidamente um estado de hipercoagulabilidade (ANDRADE; GAGLIARDO; PERÉT, 2009), ou seja, a produção de fibrinogênio está elevada, bem como os níveis dos fatores de coagulação II, VII, VIII e X, mas a atividade fibrinolítica está diminuída. Ademais a isso, ocorre a diminuição da velocidade do fluxo venoso em aproximadamente 50% dos membros inferiores, particularmente entre a 25ª e a 29ª semana de gestação até a 6ª semanas após o parto, quando a taxa de fluxo retorna à normalidade.

Portanto, o tromboembolismo venoso surge como uma das principais causas de morbimortalidade materna, de forma que os acontecimentos tromboembólicos principais incluem trombose venosa profunda (TVP) na perna, pelve ou panturrilha, e a embolia pulmonar, sendo esta a mais séria complicação, frequentemente é causa de óbito (ANDRADE; GAGLIARDO; PÉRET, 2009).

Além da morbidade inerente ligada aos eventos de TVP, ocorre uma morbidade intrínseca associada à síndrome pós-trombótica, no que se refere à recorrências de ulcerações e trombozes. A gestante acometida por história de tromboembolismo durante o curso gestacional tem mais chance de desenvolver complicações na gravidez (ANDRADE; GAGLIARDO; PÉRET, 2009).

Ainda sobre as doenças de alto risco, é essencial citar as doenças endócrinas. No estudo de Feitosa *et al.* (2010), evidenciou-se que as gestações livres de intercorrências ou complicações mínimas são esperadas quando as recomendações médicas, tais como de ganho de peso apropriado são seguidas. Foi

visto que 52,3% das gestantes excedem o ganho de peso recomendado, especialmente aquelas com sobrepeso e obesidade já anteriores à gestação, e que ainda 20% a 23% das mulheres com baixo peso, 37 a 49% das mulheres com peso normal e 64 a 70% das portadoras de sobrepeso têm excessivo ganho de peso.

O excesso de ganho de peso na gestação gera impactos negativos tanto para a mãe quanto para o feto em curto e longo prazo. Pode resultar em consequências como a macrosomia e anormalidades metabólicas, que predispõe à diabetes mellitus, ao parto cesário e à pré-eclâmpsia (FEITOSA *et al.*, 2010).

Outros estudos acrescentam que o estado nutricional e o ganho de peso materno adequado são fatores importantes para uma boa evolução gestacional, assim como, a longo prazo, manter a saúde da mãe e da criança (NOMURA *et al.* 2012)

A obesidade materna e o ganho de peso acima do recomendado aumentam os riscos para uma intercorrências negativas e desfavoráveis, como por exemplo: diabetes gestacional, parto prolongado, pré-eclâmpsia, cesárea e até mesmo depressão (NOMURA *et al.* 2012).

Há ainda relatos de estudo (CHAVES *et al.*, 2010) em relação ao diabetes mellitus (DM), já considerado um problema de saúde pública mundial, é uma desordem classificada em diabetes mellitus do tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) e gestacional (DMG). Este último é quando diagnosticado durante a gestação, sendo que o DMG pode ou não persistir após o parto.

A DMG é a desordem metabólica mais frequente na gestação, com prevalência entre 3 e 25% das gestações, variando conforme grupo étnico, da população e do critério diagnóstico utilizado (LAWRENCE *et al.*, 2008; TRUJILLO *et al.*, 2015; SACKS *et al.*, 2012). Alguns estudos com a população brasileira têm mostrado prevalências de DMG variando entre 2,9 e 6,6% (MASSUCATTI, *et al.*, 2012; VALLADARES, *et al.*, 2008).

O DM é visto como um complicador da gestação, havendo uma relação intrínseca entre o bom controle da glicemia com a morbimortalidade fetal e materna. Contudo, as gestantes com diabetes têm chance em torno de 97% a 98% de conceber uma criança saudável caso tenham uma boa adesão ao tratamento e uma supervisão cuidadosa (IADPSG, 2010; ADA, 2017).

Ademais às patologias indicadas para o encaminhamento do pré-natal de alto risco encontra-se as tireoideopatias. Comorbidades tireoidianas maternas podem

cursam com efeitos deletérios na gestação e no feto, aumentando a mortalidade perinatal e o risco de abortamento (BRASIL, 2012).

Aproximadamente 0,2% das gestações podem cursar com comorbidades tireoidianas, sendo o rastreio nesse grupo, principalmente se as pacientes gestantes possuem histórico familiar e/ou pessoal patologias da tireoide, é altamente recomendável (BRASIL, 2012).

Dentro desse contexto, o hipertireoidismo se relaciona com cerca de 0,2% das gestações. A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo durante a gravidez, sendo responsável por 95% dos casos de hipertireoidismo. Já o hipotireoidismo, por sua vez, acomete de 0,1 a 0,3% das gestações. Como um todo, a principal causa de hipotireoidismo é a Tireoidite de Hashimoto, uma doença autoimune (BRASIL, 2012).

Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis, a sífilis é considerada um problema mundial de saúde e um grande desafio para o serviço público, uma vez que não tratada durante a gestação é um fator determinante no aumento dos indicadores de morbimortalidade perinatal e materno (BRASIL, 2012; BRASIL 2015).

Estudos de Saraceni *et al.* (2017) demonstraram que houve incremento na taxa de detecção de sífilis na gestação por 1 000 nascidos vivos, entre 2007 a 2012, em cinco estados brasileiros estudados, e que essa taxa variou de 21,2% no Amazonas a 75,4% no Rio de Janeiro. Já no Distrito Federal, observou-se redução da taxa de 5,2%. O percentual de municípios silenciosos foi de 8,1% no Amazonas, 9,8% no Ceará, 20,5% no Espírito Santo, 13,0% no Rio de Janeiro e 56,7% no Rio Grande do Sul.

Acerca das comorbidades neurológicas/psiquiátricas, a mais frequente encontrada na gestação é a epilepsia, que afeta aproximadamente 0,5% das gestações. Contudo, as repercussões na gestação causadas pela epilepsia são contraditórias: alguns admitem aumento, e outros, diminuição da frequência das crises. Os que relatam aumento das crises, correlacionam esse fato a fatores como: hipocalcemia, hiponatremia, estresse, hiperventilação, e a concentração sanguínea da medicação anticonvulsivante insuficiente (BRASIL, 2012).

Já os que relatam uma melhora do quadro convulsivo, correlacionam a possibilidade de melhor adesão ao tratamento e regularidade no uso da medicação pelas próprias pacientes gestantes (BRASIL, 2012).

A epilepsia não tem efeito prejudicial na gravidez. Atribui-se a possível repercussão negativa aos efeitos dos medicamentos anticonvulsivantes, por estarem relacionados às possíveis malformações fetais (BRASIL, 2012).

Os anticorpos antifosfolípides são imunoglobulinas que reagem contra fosfolípides de membrana carregados negativamente. A Síndrome antifosfolípides (SAAF) se caracteriza quando esses anticorpos estão relacionados a trombose vascular e a complicações gestacionais tais como pré-eclâmpsia, aborto de repetição, restrição de crescimento intra-uterino e óbito fetal, pois ocasionam diminuição da prostaglandina, ocasionando vasoconstrição, o que explica a hipertensão arterial materna e perdas fetais. (TRIPLETT, 1992).

Nesse contexto, gestantes diabéticas associadas à presença de SAAF, aumenta a possibilidade de complicações materno-fetais, com desfechos desfavoráveis à gestação, já que esses anticorpos ocasionam infartos placentários, gerando restrição de crescimento intra útero. Contudo, essas alterações responsáveis por esses desfechos desfavoráveis podem ser reduzidos nas gestantes com diabetes, caso a glicemia se encontre controlada adequadamente, e ao detectar a presença desses anticorpos antifosfolípides se recorra ao tratamento específico. (TRIPLETT, 1992; BRASIL, 2012).

Acerca da aloimunização materno-fetal, mesmo com as conhecidas recomendações em relação à profilaxia com imunoglobulina anti-D, essa doença ainda afeta cerca de cinco em 1.000 gestações. Embora a principal causa seja falha na administração da imunoglobulina, outros casos acontecem devido ao uso de drogas endovenosas, dosagem inadequada, e transfusões de sangue (BRASIL, 2012).

Aproximadamente 98% dos casos são devidos à antígeno D do fator Rh e apenas 2% devido à antígenos atípicos como Kell, E ou C. Conhecidamente, a aloimunização Rh pode levar à hidropsia e ao óbito fetal ou neonatal, e costuma ser mais grave com os antígenos D e Kell. (BRASIL, 2012).

Ainda, outra comorbidade, conhecida como Hidropisia fetal (HF) está correlacionada com uma alta letalidade. Esta doença é caracterizada pelo acúmulo anormal de líquido em cavidades corporais fetais, como pleura, peritônio e pericárdio, assim como acúmulo no espaço extravascular, gerando anasarca. Quando há isoimunização Rh é dita de causa imune, e classificada como não imune

quando outras comorbidades clínicas, que não a incompatibilidade de grupo sanguíneo, produzem a HF (BRASIL, 2012).

Não obstante, a anemia cursa com algumas repercussões maternas, tais como: comprometimento do desempenho físico e mental, pré-eclâmpsia, labilidade emocional, alterações cardiovasculares, alterações da função da tireoide e catecolaminas, diminuição da função imunológica, queda de cabelos, enfraquecimento das unhas (VAN DEN BROEK, 1998; BAKER, 2000; HERCBERG et al., 2000). Outro aspecto a ser considerado dentro do contexto das anemias é a menor tolerabilidade às perdas sanguíneas do parto, conduzindo a maior risco de anemia pós-parto e hemotransfusão (MILMAN, 2008).

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, do tipo observacional, transversal e, descritivo.

2.1.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no Centro de Referência de Saúde da Mulher, da SMPF no período de Janeiro a Dezembro de 2018.

2.1.8.3 População e amostragem

A população do estudo será composta por todas as pacientes encaminhadas, por outros serviços de saúde, ao Pré-natal de Alto Risco do Centro de Referência de Saúde da Mulher da cidade de Passo Fundo. A amostragem é de conveniência e será constituída pelas pacientes que foram atendidas no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017, aproximadamente uma amostra de 340 gestantes. Serão incluídas no estudo todas as pacientes gestantes encaminhadas ao ao Pré-natal de Alto Risco do Centro de Referência de Saúde da Mulher da cidade de Passo Fundo atendidas no serviço no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. Serão excluídas da amostra as pacientes encaminhadas ao Centro de Referência de Saúde da Mulher, que por ventura não estiverem grávidas.

2.1.8.4 Variáveis, instrumentos de coleta de dados e Logística

O instrumento de coleta de dados secundários será a partir das informações contidas nos prontuários físicos das pacientes encaminhadas ao Centro de Referência de Saúde da Mulher.

Serão coletados dados de acordo com os critérios de encaminhamento do Protocolo de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) realizado por TelessaúdeRS/UFRGS 2015, contidos na ficha de transcrição de dados (Anexo 1): Idade, estado civil, escolaridade, profissão, procedência, religião, idade gestacional, número de consultas pré-natais, número de gestações, número de partos vaginais prévios, número de partos cesáreos prévios, número de abortos, tipo sanguíneo, fator Rh, tipo de gestação, Tabagismo, uso de outras drogas, morbidades maternas, condições clínicas de risco em gestação prévia, condições de mau resultado obstétrico e/ou perinatais em gestação prévia, alterações laboratoriais, alterações ecográficas de líquido amniótico, placentárias e fetais e condições clínicas de malformações ou sugestivas de síndromes genéticas. Todas as variáveis estão especificadas no Anexo 1.

Os dados serão coletados no Centro de Referência de Saúde da Mulher. A coleta de dados será realizada por meio de dados secundários dos prontuários físicos, os quais serão copiados para a ficha de transcrição (Anexo 1), e posteriormente serão digitados diretamente em planilha eletrônica pela acadêmica da equipe de pesquisa. Os dados serão coletados em horário comercial, em uma sala específica separada das demais salas de atendimentos, em dias aleatórios da semana, de acordo com os horários livres da aluna pesquisadora.

2.1.8.5 Análise dos dados

Os dados digitados na planilha eletrônica serão transferidos para programa estatístico Stata 15, para análise descritiva e comparativa dos dados, que consistirá de mediana, média e desvio padrão das variáveis quantitativas. Para análise das variáveis qualitativas do projeto, as mesmas também serão avaliadas por número de totalidade e porcentagens no programa estatístico já citado.

2.1.8.6 Aspectos éticos

Salienta-se que a coleta de dados será iniciada somente após a aprovação do protocolo Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, a qual obedecerá a Resolução 466/2012, e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com termo de compromisso para uso de bases de dados secundárias, assinado por todos os membros da equipe do estudo.

A participação do estudo oferece riscos mínimos de exposição de dados, e identificação accidental, para minimizar os riscos, os autores utilizarão códigos numéricos ao invés de nomes das pacientes. Se acontecer os riscos, o estudo será interrompido.

Este é um projeto transversal e descritivo que usa dados secundários. A equipe de pesquisa se compromete a manter a confidencialidade dos dados de identificação, e a divulgar os resultados do estudo por meio de submissão do manuscrito gerado a partir dos achados do mesmo a periódicos científicos. No caso de riscos não previstos acontecer acima de níveis aceitáveis, as atividades que geraram os riscos serão interrompidas.

Salienta-se os benefícios que poderão ser obtidos através desse estudo para a comunidade e para estratégias de atenção primária desenvolvidas através dos resultados do delineamento do perfil epidemiológico deste estudo, como a criação de novas ações de gestão, as quais possam ser desenvolvidas e bem orientadas para os problemas mais relevantes nessa população estudada, buscando novas estratégias de prevenção, educação e tratamento adaptados às necessidades específicas dessas gestantes.

Em atendimento a mesma Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando que a coleta de dados será realizada sem contato direto com as participantes, e que os prontuários analisados serão do ano de 2016-2017, muitas pacientes já foram desativadas do Centro de Referência de Saúde da Mulher, o que dificulta a obtenção do Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a equipe solicita dispensa do mesmo (apêndice A).

Além disso, os pesquisadores apresentam o Termo de compromisso para utilização de dados de arquivo (apêndice B).

Os resultados obtidos no presente estudo, não serão devolvidos aos participantes, no entanto, serão devolvidos à instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, para qualificações de serviço.

2.1.9 Recursos

As despesas relacionadas à execução do trabalho serão custeadas pela equipe de pesquisa. Estima-se que os gastos sejam:

Quadro 1 - Recursos

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Deslocamento	Deslocamento			R\$500,00
Impressões	Impressões	3.000	R\$0,15	R\$450,00
Cartucho de Tinta	Cartucho de Tinta	5	R\$80,00	R\$400,00
Software estatístico	Software estatístico	1	R\$50,00	R\$50,00
Pranchetas	Pranchetas	3	R\$15,00	R\$45,00
Pastas	Pastas	10	R\$20,00	R\$200,00
Lápis	Caixa de Lápis	12	R\$5,00	R\$60,00
Borrachas	Borrachas	10	R\$1,50	R\$15,00
Caixas	Caixas	10	R\$3,20	R\$32,00
				Total: R\$1752,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.1.10 Cronograma

Quadro 2 - Cronograma

Mês/Ano	Jul/ 17 até Dez/ 17	Jan/ 18	Fev/ 18	Mar/ 18	Abr/ 18	Mai o/18	Jun/ 18	Julh o/18	Ago/ 18	Set/ 18	Out/ 18	Nov/ 18	Dez/ 18
Revisão da literatura	X												
Projeto de Pesquisa	X												
Encontro com Orientador	X	X				X			X	X	X	X	X
Coleta dos dados										X	X		
Análise dos dados										X	X		
Redação dos manuscritos											X	X	
Divulgação dos resultados												X	X

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.1.11 Referências

AMERICAN Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy. **Diabetes Care**, v. 40, Suppl. 1, p. 114-119, 2017.

BATISTA, Karina Barros Calife et al. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puérperio**. In: *Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puérperio*. 2010. p. 234-234.

BRANDÃO, Augusto Henriques Fulgêncio; et al. Função Endotelial, Perfusão Uterina e Fluxo Central em Gestações Complicadas por Pré-Eclampsia. **Arq Bras Cardiol.**, v. 99, n. 4, p. 931- 935, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 120 p.

CHAVES, Evelyne Gabriela Schmaltz; et al. Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 54, n. 7, out, 2010.

DANTAS, Renato Matias, *et al.* A telessaúde como instrumento de educação em saúde: uma revisão da literatura . **Rev. Saúde.Com**, v. 12, n. 4, p. 688-692, 2016.

FEDERAÇÃO Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência pré-natal: parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 53, n. 5, p. 385-386, Oct. 2007.

FEITOSA, Alina Coutinho Rodrigues; *et al.* Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n. 10, p. 504-9, 2010.

FREITAS, Fernando. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Artmed Editora, 2017.

GOMES, Romeu *et al.* Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 62-67, 2001

IDF Clinical Guidelines Task Force. **Global Guideline on Pregnancy and Diabetes**. Brussels: International Diabetes Federation, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Notícias**. 2017. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1>. Acesso em: 28 jun. 2011.

INTERNATIONAL Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. Recommendations on diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. **Diabetes Care**, v. 33, n. 3, p. 676-82, 2010.

KHAN, K. S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GULMEZOGLU, A. M.; VAN LOOK, P. F. A. WHO analysis of causes of materna death: a systematic review. **Lance**, v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, 2006.

LAWRENCE, J M *et al.* Trends in the prevalence of preexisting diabetes and gestational diabetes mellitus among a racially/ethnically diverse population of pregnant women, 1999-2005. **Diabetes Care**, v. 31, n. 5, p. 899-904, 2008.

MAINE, Deborah *et al.* **The design and evaluation of maternal Mortality Programs**. New York: Columbia University Center for Population and Family Health, 1997.

MASSUCATTI, L. A, PEREIRA, R. A. P, MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em Unidades de Saúde Básica. **Rev Enferm Atenção Saude**, v. 1, n. 1, p. 70-9, 2012.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto *et al.* Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 3, p. 107-112, Mar. 2012 .

REICHEL T A J; SPICHLER E R, BRANCHTEIN L, NUCCI L B, FRANCO LJ, SCHMIDT M L. Fasting plasma glu- cose is a useful test for the detection of

gestation- al diabetes. **Brazilian Study of Gestational Diabetes** (EBDG) Working Group. *Diabetes Care*, v. 21, n. 8, p. 1246-9, 1998.

REZAVAND, Negin *et al.* Association between asymptomatic bacteriuria and pre-eclampsia. **Global journal of health science**, v. 8, n. 7, p. 235, 2016.

RUDGE, MVC; CALDERON, IMP. A responsabilidade do obstetra sobre o diagnóstico e o tratamento do diabetes mellitus gestacional. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 10, p. 571-4, 2006.

SACKS, D A *et al.* Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-rec- ommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Preg- nancy Outcome (HAPO) **Study. Diabetes Care.**, v. 35, n. 3, p. 526-8, 2012.

SARACENI, V, PEREIRA, G F M; Silveira, M F; Araujo, M A L, MIRANDA, A E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.41, n.44, 2017.

SILVA, A. B., MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, 2012.

SILVA, J C; HEINEN, A; SCHEIDT, M B; MARCONDES, M A O; BERTINI, A M. Tratamento do diabetes mellitus gestacional com gli- benclamida: fatores de sucesso e resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 29, n. 11, p. 555-60, 2007.

TELESSAÚDERS/UFRGS. **Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)**. 2015.

TRIPLETT, D.A. Obstetrical complications associated with antiphospholipid antibodies. In: COULAM, C.B.; FAULK, W.P.; McINTYRE, J.A. (eds). **Immunological obstetrics**. London: Norton Medical Books; 1992. p.377-403.

TRUJILLO, Jetal. Impact of the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria for gestational diabetes. **Diabetes Res Clin Pract.**, v. 108, n. 2, p. 288-95, 2015.

VALLADARES, C.G; KOMKA, S. B. Prevalência de diabetes mellitus gestacional em gestantes de um centro de saúde de Brasília-DF. **Comun Cienc Saude**, v. 19, n. 1, p. 11-7, 2008.

VIEIRA NETA, Francisca Adriele *et al.* Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, 2014.

YAMAGUCHI, Mirian Ueda; *et al.* Complicações maternas e neonatais em fila de espera da Central de Regulação de Leitos na macrorregião de Maringá. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-203, 2014.

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa realizado durante o IX semestre do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, no componente curricular TCC I, foi finalizado em dezembro de 2017. Em março de 2018, após aceitação da instituição envolvida – Centro de Referência de Saúde da Mulher (CEM), da Secretaria Municipal de Passo Fundo – o projeto foi enviado à Plataforma Brasil. Durante março à setembro foram realizadas as correções necessárias, solicitadas pelo Comitê em Ética e Pesquisa, em relação ao desenho, metodologia, desfecho principal e cronograma do projeto de pesquisa. Em setembro de 2018, após correções solicitadas pelo CEP, o projeto foi aprovado (Anexo 3).

Posteriormente, iniciou-se a coleta de dados, a qual foi realizada pela aluna pesquisadora da equipe de pesquisa e por outros alunos voluntários do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. O número inicial de pacientes encaminhadas ao CEM, informado pelo serviço à equipe de pesquisa, foi de aproximadamente 340, número que foi inicialmente utilizado no projeto de pesquisa enviado para a Plataforma Brasil. Após as aprovações necessárias para coleta de dados, ao chegar no local de pesquisa, descobriu-se que o número de pacientes ultrapassava o informado, totalizando uma amostra de 494. Foram realizados encontros com os acadêmicos voluntários, no local da pesquisa, para explicação do projeto de pesquisa, bem como a leitura e orientações sobre a ficha de transcrição dos dados. As primeiras coletas de dados dos alunos voluntários foram supervisionadas pela aluna pesquisadora. Todas as fichas de transcrição dos prontuários foram revisadas duplamente, sendo uma dessas revisões realizada pela aluna pesquisadora. As datas e horários das coletas de dados variaram de acordo com a disponibilidade das atividades acadêmicas dos coletadores e ocorreram em horário comercial de funcionamento do local de pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio de dados secundários do prontuário das pacientes e repassados para as fichas de transcrições, foram atribuídas numerações às fichas de transcrições de dados, para que se mantivessem o anonimato das pacientes. Foi disponibilizado uma sala no local da pesquisa onde a coleta de dados pudesse ocorrer, sem atrapalhar as atividades do serviço. Foram analisados um total de 494 prontuários de pacientes encaminhadas ao serviço durante o período de 2016 a 2017. Importante salientar que a ficha de transcrição dos dados foi elaborada

de acordo com o Protocolo de Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, publicado pelo TelessaúdeRS/UFRGS 2015. Os dados foram digitados no programa EXCEL (Modelo de Banco de Dados em Apêndices) pela pesquisadora responsável e revisados.

Importante salientar que nem todos os dados foram encontrados nos prontuários das pacientes, como escolaridade e religião (item que foi retirado posteriormente da ficha de transcrição, pois não continha em nenhum prontuário). Houveram perdas em quase todas as variáveis da ficha de transcrição, principalmente nas variáveis dos dados laboratoriais das pacientes, pois nem todos os exames foram solicitados ou estavam anotados nos prontuários, por essa razão, não foi possível analisar alterações laboratoriais, um dos objetivos específicos do projeto de pesquisa.

Foi realizada a tabulação dos dados e a sua análise, através do programa estatístico Stata 15, e a partir disso, elaborou-se o artigo científico, em que é possível conhecer o perfil epidemiológico das gestantes encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco no Centro de Referência de Saúde da Mulher. O artigo resultante desta pesquisa foi realizado nos moldes na revista *Femina*, cujas normas técnicas vigentes encontram-se no Anexo 4. Nessa revista, era permitido apenas apresentar um número de cinco tabelas e 2000 palavras no manuscrito, o que limitou a apresentação total dos resultados em apenas um artigo científico. À luz dessa perspectiva, mantivemos todas as tabulações e análises estatísticas mais relevantes do perfil epidemiológico das pacientes contidas nesse relatório de pesquisa, a fim de preservar os objetivos do projeto de pesquisa de uma forma mais ampla.

Importante destacar que foram analisadas e coletadas mais de 400 variáveis, as quais compõem o banco de dados, dentre elas não só as variáveis da ficha de transcrição de dados, mas também dados relevantes encontrados nos prontuários das pacientes, como as medicações utilizadas, por exemplo. Visto isso, no presente momento esses dados estão sendo analisados para compor outros artigos científicos, que poderão ser enviados para publicação (vide Considerações Finais).

3 ARTIGO CIENTÍFICO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Stéphani Lussana Dalla Vecchia¹

Sofia Carla Abelin Noskoski²

José Ribamar Fernandes Saraiva Junior³

RESUMO: Objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico de gestantes referenciadas ao pré-natal de alto risco de um centro de Referência. Método: Estudo realizado de modo quantitativo, do tipo observacional, transversal e descritivo, com base nos dados secundários de prontuários das pacientes encaminhadas ao pré-natal de alto risco, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Resultados: foram abordadas 494 pacientes. 37,8% das gestações foram encaminhadas por obesidade, 21,9% por abortos prévios e 18,4% por hipertensão arterial crônica. Somente 22,8% possuíam IMC até 24,9 (normal) e 12,3% possuíam IMC de 40 ou mais (obesidade mórbida). Conclusão: A partir dos resultados, pode-se conhecer melhor o perfil das gestantes, com maior ênfase no atendimento clínico nas necessidades mais prevalentes.

Palavras-Chave: Perfil Epidemiológico. Cuidado Pré-natal. Gravidez De Alto Risco. Morbidade Gestantes.

ABSTRACT: Objective: To know the epidemiological profile of pregnant women referred to high-risk antenatal care at a referral center. Method: A quantitative, observational, cross-sectional and descriptive study based on the secondary data from the medical records of patients referred to high-risk prenatal care in Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Results: 494 patients were treated. 37.8% of the pregnancies were referred for obesity, 21.9% for previous abortions and 18.4% for chronic hypertension. Only 22.8% had BMI up to 24.9 (normal) and 12.3% had BMI of 40 or more (morbid obesity). Conclusion: Based on the results, the profile of pregnant women can be better understood, with a greater emphasis on clinical care in the most prevalent needs.

Keywords: Epidemiological profile. Prenatal care. High Risk Pregnancy. Pregnancy Morbidity.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: stephanidv@gmail.com.

² Médica graduada pela Universidade de Passo Fundo, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Professora efetiva da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: sofianoskoski@gmail.com.

³ Médico graduado pela Universidade Federal do Maranhão, Mestre em envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo, Especialista em Psiquiatria pelo Instituto Abuchaim. Professor efetivo da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: joserfsaraivajr@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno fisiológico em que, na maioria das vezes, sua evolução acontece sem intercorrências. A despeito disso, há uma pequena parcela de gestações com probabilidade de evolução não-favorável, quer para o feto, quer para a mãe, devido a certos agravos, doenças clínicas ou condições sociobiológicas, que podem ser desenvolvidos tanto durante a gestação, ou anterior à ela. Essa parcela compõe o grupo denominado de “gestantes de alto risco”⁽¹⁾.

A classificação do risco gravídico tem finalidade de identificar os fatores de riscos e o grau de vulnerabilidade que poderiam resultar em desfechos desfavoráveis⁽²⁾. Para isso, utilizamos os programas de pré-natal, que Segundo Freitas *et al.*⁽³⁾, incluem os cuidados pré-concepcionais, o diagnóstico precoce da gestação, a avaliação pré-natal inicial, e as consultas preconizadas de acompanhamento pré-natais até o parto.

Os principais objetivos do acompanhamento clínico no pré-natal são identificar as gestantes com fatores de risco para desfechos desfavoráveis, também prevenir os agravos mais comum para mãe e feto; e tratar enfermidades intercorrentes; educar a futura mãe para um estilo de vida saudável com abandono de hábitos prejudiciais, orientação do uso seguro de medicamentos, correção dietética, dentre outros estímulos de atitudes benéficas para a saúde do feto e da mãe; assim como também preparar o casal para o nascimento e o puerpério⁽³⁾.

Essa preparação é importante, pois, é de conhecimento que a grande maioria das mortes e intercorrências, as quais surgem durante a gravidez, o parto e também no puerpério, podem ser evitáveis⁽¹⁾. Conforme demonstra os dados nacionais, tanto a morbimortalidade materna e perinatal se mantém ainda muito elevadas no país⁽⁴⁾. Esses resultados retratam a vulnerabilidade desse grupo, particularmente de 15% delas, as quais apresentam gestação de risco⁽⁵⁾.

Nesse grupo, torna-se de suma importância a identificação dos fatores que levam à complicação de uma gravidez, a fim de verificar as possíveis medidas a serem adotadas para prevenção das complicações e reduções da razão da mortalidade materna (RMM). Assim, traçar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco, atendidas em diferentes centros de referência regional, pode trazer informações importantes para desenvolver ações preventivas e corretivas imediatas para tais complicações.

Diante dessa discussão, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico das gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco em uma Unidade de Referência em Saúde da Mulher, no município de Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Estudo transversal, em que foram analisados, de forma anônima, todos os prontuários de uma amostra por conveniência de 494 gestantes, sendo atribuída numeração aleatória, a fim de preservar o sigilo da identificação das pacientes. Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados os prontuários das gestantes de alto risco no período de 2016 a 2017. Como critérios de exclusão, foram excluídas as pacientes que não estavam grávidas. Foram coletados dados de acordo com uma ficha de transcrição, contendo os critérios de encaminhamento do Protocolo de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) realizado por TelessaúdeRS/UFRGS 2015, e posteriormente transcritos em banco de dados em planilha eletrônica do programa Excel.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo, para as variáveis categóricas foram avaliadas as proporções. No caso de variáveis contínuas foi calculada a média e o intervalo de confiança. Na análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado para tendência, com nível de significância de 95%. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico Stata 15⁽⁶⁾ Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de aprovação número do CAAE 88465518.0.0000.5564. Não há conflito de interesse nesse estudo.

RESULTADO

Na tabela 1 apresenta-se um resumo das principais causas de encaminhamento ao pré-natal de alto risco na cidade de Passo Fundo, RS. O motivo mais frequente foi a obesidade (37,8%), seguido pelo histórico de abortos prévios (21,9%) e a hipertensão arterial (18,4%).

Tabela 1 - Principais motivos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (n=494). Centro de Referência de Saúde da Mulher, Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.

Variável	(Continua)	
	n	%*
Obesidade	187	37,8
Aborto prévio	108	21,9
Hipertensão arterial prévia	91	18,4
Idade materna avançada	87	17,6
Diabetes gestacional	78	15,8
Alterações no US	50	10,1
Hipotireoidismo	49	9,9

Variável	(Conclusão)	
	n	% *
Multiparidade	47	9,5
Parto prematuro	44	8,9
Sangramento primeiro trimestre	37	7,5
Pré-eclâmpsia	35	7,1
Cesáreas prévias	31	6,3
Gemelar	28	5,7
Diabetes mellitus prévia	25	5,1
Depressão	21	4,2
Outros	244	49,4

Fonte: Elaborado pelos autores

As características mais importantes da amostra apresentam-se na Tabela 2. Pode-se perceber que apenas 11,2 % das mulheres foram não brancas. Dentre elas, apenas 9 mulheres foram pretas. Uma proporção de 30,9% das pacientes foram nulíparas. Mais da metade declarou-se do lar (58,9%) e com cônjuge (71,7%). Somente 22,7% apresentou o IMC até 24,9 kg/m².

Tabela 2 - Características da amostra de mulheres encaminhamento ao pré-natal de alto risco (n=494). Variáveis categóricas. Centro de Referência de Saúde da Mulher, Passo Fundo/RS. Anos 2016 e 2017.

Variável	(Continua)	
	n	%
Cor da pele		
Branca	332	88,8
Não branca	42	11,2
Idade		
≥ 15	9	1,84
16 - 35	386	78,7
> 35	95	19,3
Nulípara		
Sim	146	30,9
Não	326	69,1
Gestações		
1	120	25,3
2	131	27,6
3	78	16,5
4	74	15,6
5	38	8,0
6 ou mais	33	7,0
Abortos		
0	347	73,4
1	83	17,5
2	28	5,9
3 ou mais	15	3,2

(Conclusão)		
Variável	n	%
Cesárias prévias		
0	281	59,5
1	118	25,0
2	42	8,9
3	20	4,3
4	9	1,9
5	2	0,4
Partos vaginais prévios		
0	277	58,7
1	111	23,5
2	45	9,5
3	20	4,2
4	15	3,0
5	5	1,1
Se declara do lar		
Sim	179	58,9
Não	125	41,1
Com cônjuge		
Sim	317	71,7
Não	125	28,3
Tipo de gestação		
Única	444	93,9
Múltipla	29	6,1
Tabagismo		
Sim	55	11,6
Não	408	86,4
Extabagista	9	1,9
IMC		
Até 24,9	97	22,8
25 – 29,9 (Sobrepeso)	122	28,8
30 – 34,9 (Obesidade grau I)	99	23,4
35 – 39,9 (Obesidade grau II)	54	12,7
40 ou mais (Obesidade mórbida)	52	12,3

Fonte: Elaborado pelos autores

O comportamento das doenças infecciosas da amostra apresenta-se na Tabela 3. Dentre elas, 4,4% das pacientes apresentavam suspeita de toxoplasmose, 2,3% conviviam com HIV e 3,1 % tiveram diagnóstico de sífilis.

Tabela 3 - Doenças infecciosas mais frequentes nas gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco (n=494). Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

Variáveis	n	%
Suspeita de toxoplasmose	22	4,4
HIV	11	2,2
Verrugas HPV	7	1,4
Pielonefrite	7	1,4
Hepatite	6	1,2

Fonte: Elaborado pelos autores

Na Tabela 4 encontra-se outras doenças prévias e atuais constatadas na amostra. Chama a atenção que 11,3% possuíam hipotireoidismo, a prevalência de infecções do trato urinário foi de 6,1%, 3,1% das mulheres encaminhadas eram asmáticas e 4,0% foram encaminhadas com diagnóstico de depressão.

Tabela 4 - Outras doenças prévias e atuais nas gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco (n =494). Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

Doenças	n	%
Hipotireoidismo	56	11,3
ITU	30	6,1
Depressão prévia ou atual	20	4,0
Asma	15	3,1
Abortamento recorrente	14	2,8
Anemia	13	2,6
Epilepsia	11	2,2
CIUR	9	1,8
Hipertireoidismo	8	1,6
TVP	4	0,8

Fonte: Elaborado pelos autores

A distribuição da hipertensão sistêmica, a DHEG, o diabetes mellitus, e o diabetes gestacional, segundo grupos de IMC, apresenta-se na Tabela 5. Na medida que se incrementou o IMC da mulher, aumentou a prevalência de hipertensão arterial, e também de DHEG, sendo no grupo com IMC de 40 ou mais, as maiores prevalências (HAS=50%; valor- $p<0,001$; DHEG=21,1%; valor- $p<0,001$).

Com relação ao diabetes gestacional também foi constatada uma tendência linear ao aumento da prevalência da doença sendo a maior no grupo IMC 40 ou mais (36,5%; valor- $p<0,001$). O diabetes prévio não apresentou associação com IMC ($p=0,106$).

Tabela 5 - Distribuição de frequência da hipertensão arterial e o diabetes nas mulheres encaminhadas no pré-natal de alto risco segundo grupos de IMC. Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

Variáveis	IMC materno					Valor p*
	Até 24,9	25 – 29,9	30 – 34,9	35 – 39,9	40 ou mais	
Hipertensão arterial sistêmica	5,1 (2,2; 11,8)	7,4 (3,9; 11,8)	18,2 (11,7; 27,0)	37,0 (25,3; 50,6)	50,0 (36,7; 63,3)	<0,001
DHEG	1,0 (0,1; 7,0)	0,8 (0,1; 5,6)	6,1 (0,3; 12,8)	1,9 (0,3; 12,0)	21,1 (12,1; 34,3)	<0,001
Diabetes Mellitus prévia	1,0 (0,1; 0,7)	4,1 (0,1; 7,0)	8,1 (4,1; 15,4)	7,4 (2,8; 18,2)	9,6 (4,0; 21,1)	0,106
Diabetes gestacional	6,1 (2,8; 13,1)	9,8 (5,7; 16,5)	13,1 (7,8; 21,3)	27,8 (14,5; 41,1)	36,5 (24,6; 50,3)	<0,001

Fonte: Elaborado pelos autores. * qui-quadrado.

DISCUSSÕES

Em nossa amostra encontramos prevalência de 78,7% das gestantes com idade entre 16 a 35 anos. Apenas 1,8% possuíam idade igual ou inferior a 15 anos e 19,3% tinham uma idade superior a 35 anos. Mais da metade declarou-se do lar (58,9%) e com cônjuge (71,7%). 69,1% da amostra eram multíparas. Esses dados coincidem com outros estudos⁽⁷⁾ de perfis epidemiológicos de gestantes de alto risco, no município de Santarém, onde foram encontrados dados de prevalência de 83% das gestantes com idade entre 16 e 35 anos, 44% eram casadas, e 59% multíparas.

Dados semelhantes também foram encontrados por outras casuísticas⁽⁸⁾ em Francisco Beltrão, em que 82% das gestantes tinham idade entre 15 e 35 anos, 52,5% eram casadas, 62,3% de cor branca e a maioria (70,5%) das mulheres eram multíparas, com 23% dos casos na terceira e 21,3% na quarta gestação. Nossos dados, porém, divergem de outras análises⁽⁹⁾ em João Pessoa, onde a maior prevalência de gestantes adolescentes foi entre 15 e 17 anos. Na literatura brasileira, encontramos pesquisas⁽¹⁰⁾ nas quais analisaram o perfil demográfico de 23.894 puérperas, e encontraram prevalência de 70,4% de idade entre 20 a 34 anos, 85,5% viviam com o companheiro e 52,7% eram multípara, todos os dados semelhantes aos encontrados em nossa casuística.

Em se tratando do motivo mais frequente do encaminhamento ao pré-natal de alto risco, encontramos com maior prevalência a obesidade (37,8%), seguido pelo histórico de abortos prévios (21,9%) e a hipertensão arterial crônica (18,4%). No estudo de Dalla Costa *et al.*⁽⁸⁾, o principal motivo pelo qual a gestante participou do pré-natal de alto risco foi a HAS, diagnosticado em 24,6% das gestantes, seguido de 18% por obesidade e 14,8% por ITU. Já no estudo de Anjos *et al.*⁽⁷⁾, em relação à queixa principal do encaminhamento o dado mais comum também foi a hipertensão arterial na gestação, com prevalência de 40% das gestantes.

Em nossa pesquisa, somente 22,7% apresentaram o IMC até 24,9 kg/m², e conforme já apresentado nos resultados, na medida que se aumentou o IMC da amostra, se elevou a prevalência de hipertensão arterial, DHEG e de diabetes gestacional. Sabe-se que o excesso de peso materno é um fator de risco independente para os distúrbios hipertensivos da gestação⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Estudo de caso-controle realizado em Goiás, demonstrou que o excesso de peso na gestação está relacionado aos distúrbios hipertensivos da gestação e à hipertensão arterial crônica, salientando que o risco de pré-eclâmpsia é duplicado a cada 5 a 7 kg/m² de elevação no IMC, no início da gestação⁽¹³⁾. Da mesma forma, ainda é visto associações do ganho de

peso excessivo na gestação a um maior risco de desenvolver parto cirúrgico, diabetes e obesidade após o período gestacional⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. As mulheres com obesidade e possuem antecedentes de diabetes mellitus gestacional, adquirem um risco duas vezes maior de evoluir com diabetes mellitus tipo 2 no futuro, quando comparadas com mulheres com o mesmo antecedente, mas sem excesso de peso⁽¹²⁾.

No estudo de Andres et al.⁽¹⁷⁾, verificaram que o excesso de peso da gestante pode favorecer o metabolismo do feto para uma maior predisposição de armazenar lipídios. Também demonstrou-se na literatura, que o IMC da gestante está relacionado ao aumento do IMC do recém-nascido, aumentando o risco de desenvolver obesidade infantil⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾. Tanto o IMC antes da gestação, quanto o diabetes prévio correlacionam-se ao aumento do IMC elevado do recém-nascido⁽¹⁸⁾. A elevação do IMC materno correlaciona-se com uma maior incidência de macrosomia fetal⁽²¹⁾. Outro estudo de coorte, com amostra de gestantes eutróficas e com sobrepeso, houve elevação na incidência das taxas de hipertensão gestacional e de macrosomia nos recém nascidos, observou-se ainda um aumento na frequência de distúrbios metabólicos neonatais⁽²²⁾. Ainda outros estudos na literatura brasileira, demonstraram incidência aumentada de macrosomia fetal e recém nascidos grandes para idade gestacional em gestantes obesas⁽²³⁾.

Como limitações dos estudos, salientamos que a coleta de dados foi realizada através de prontuários não eletrônicos, e que nem todos os dados pretendidos da pesquisa foram encontrados em toda amostra, por isso algumas variáveis do estudo tiveram algumas perdas, como por exemplo escolaridade, que não foi obtido em nenhum prontuário e por essa razão, retirada da ficha de transcrição de dados.

CONCLUSÃO

É importante e se faz necessário priorizar medidas que possibilitem o reconhecimento precoce de prováveis fatores adversos para a evolução da gestação, ao abordar de forma apropriada cada situação, e dessa forma proporcionar uma gestação sem complicações maiores para a saúde do binômio mãe-feto. Nesse sentido, o controle adequado do ganho de peso gestacional é uma medida fundamental, visto as problemáticas que pode trazer tanto para a mãe quanto para o feto, durante o período gestacional, agravando os riscos de desfechos desfavoráveis, e posteriori ao período da gestação, agregando malefícios a saúde do binômio mãe-feto a longo prazo.

REFERÊNCIA

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.
- 2 Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Rev Latino- am Enfermagem* 2001 julho; 9(4):62-7.
- 3 Freitas F, Passos EP, Martins-Costa SH, Ramos JGLR, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017.
- 4 Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, de Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(2): 286-91.
- 5 Yamaguchi MU, Otto GLG, Barbosa ADC, Francioli ALS, Cáceres NA. Complicações maternas e neonatais em fila de espera da Central de Regulação de Leitos na macrorregião de Maringá. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. 2014; 38(2):197-203.
- 6 StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC. 2017.
- 7 Anjos JCS, Pereira RR, Ferreira PRC, Mesquita TBP; Picanço Júnior OM. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré natal de alto risco. *Revista Paraense de Medicina*. 2014; 28(2).
- 8 Dalla Costa L, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm*. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08.
- 9 Toscano MM, Paiva CSM, Nunesmaia HGS. Características epidemiológicas das puérperas internadas em maternidade pública de João Pessoa no ano de 2014. *J. res.: fundam. care. online abr./jun 2017*; 9(2): 503-509.
- 10 Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, da Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(3): 140-7.
- 11 Mehta SH. Nutrition and Pregnancy. *Clinical obstet and gynecol*. 2008; 51(2): 409-418.
- 12 Gadelha PS, Cercato C, Mancini MC, Geloneze B, Salles JEN, Lima JG, Carra MK. Obesidade e Gestação. In: *Tratado de Obesidade*. AC Farmacêutica. 2010; 356-358.
- 13 Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1):11-7.
- 14 Davies GA, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, et al. Obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32(2):165-73.

15 World Health Organization [Internet]. Global database on body mass index: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. 2012 [cited 2012 May 10]. Available from: <<http://apps.who.int/bmi/index.jsp>>

16 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

17 Andres A, Shankar K, Badger T M. Body Fat Mass of Exclusively Breastfed Infants Born to Overweight Mothers. *Journ of the acad of nutr and dietet*. 2012; 112: 991-995.

18 Kerche LTRL, Abbade JF, Costa RAA, Rudge MVC, Calderon IMP. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(10):580-7.

19 Jaeger AS, Vargas SIDR, Rodríguez LS, Perdomo EP, Barón MA. Índice de Masa Corporal al comienzo del embarazo en un grupo de gestantes venezolanas de bajo estrato socioeconómico y su relación con la antropometría de sus recién nacidos. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. 2006; 56(2):141-5.

20 Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, Accioly E. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007; 29(10):511-8.

21 Abenhaim HA, Kinch RA, Morin L, Benjamin A, Usher R. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2007; 275(1):39-43.

22 Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009; 31(1):28-35.

23 Francisqueti FV, Rugolo LMSS, Silva EG, Peraçolli JC, Hirakawa HS. Estado nutricional materno na gravidez e sua influência no crescimento fetal. *Rev. Simbio-Logias*. 2012. Dez; 5(7):74-86.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devemos salientar que foram analisadas e coletadas mais de 400 variáveis, as quais compõem o banco de dados. Visto isso, no presente momento, esses dados estão sendo analisados para compor outros artigos científicos, que poderão ser enviados para publicações. Abaixo temos todas as tabulações e resultados analisados nesse período de trabalho, juntamente com os resultados apresentados no artigo científico.

Na tabela 6 temos a análise de quantas pacientes apenas foram encaminhadas ao serviço do Centro de Referência de Saúde da Mulher, mas que não compareceram às consultas. Como o trabalho de pesquisa era analisar e conhecer o perfil das gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco, essas pacientes entraram na amostra, pois os motivos do encaminhamento e as características clínicas e laboratoriais foram importantes para análise global dos dados. E na tabela 7 percebemos que metade da amostra foi encaminhada no ano de 2016 e a outra metade no ano de 2017.

Tabela 6 - Análise das mulheres que foram somente encaminhadas ao Centro de Referência de Saúde da Mulher, porém não compareceram às consultas no serviço. Anos 2016 e 2017. Passo Fundo-RS.

Somente encaminhamento	n	%
Sim	32	6,4
Não	462	94,6

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 7 – Ano do Encaminhamento ao Centro de Referência de Saúde da Mulher. Anos 2016 e 2017. Passo Fundo-RS.

Variável	n	%
Prontuário		
2016	246	49,8
2017	247	50,2

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação às pacientes que referiram ser tabagistas, analisamos a distribuição do hábito tabágico em relação a cor de pele. Não foi encontrado significância estatística.

Tabela 8 - Distribuição do fumo segundo cor da pele

Tabagismo				
Cor da pele	Fumante	Não fumante	Exfumante	Valor-p
Branca	n= 35 10,8	n=283 87,4	n=6 1,8	0,316
Preta	n=1 11,1	n=8 88,9	n=0 0,0	
Parda	n=7 23,3	n=23 76,7	n=0 0,0	

Tabagismo			
Cor da pele	Fumante	Não fumante	Valor-p
Branca	n= 35 10,8	n=289 89,2	0,127
Preta	n=1 11,1	n=8 88,9	
Parda	n=7 23,3	n=23 76,7	

Fonte: Elaborado pelo autor

Na Tabela 9, pode-se observar que a média de idade materna foi de 28,2 anos e a de idade gestacional de 21+6 semanas.

Tabela 9 - Características da amostra de mulheres encaminhamento ao pré-natal de alto risco (n=494). Variáveis contínuas. Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

Variável	n	Média (IC 95%)
Idade materna	490	28,2 (27,6; 28,9)
Idade gestacional	482	21+6 (21+0; 22+3)
Pressão sistólica	406	111,8 (110,2; 113,5)
Pressão diastólica	405	69,0 (67,8; 70,2)

Fonte: Elaborado pelo autor

Um total de 50 mulheres foram encaminhadas por alterações no ultrassom. As principais condições ultrassonográficas apresentam-se na Tabela 10. A mais frequente foi o hematoma retrocoriônico (16,0%)

Tabela 10 - Achados ultrassonográficos mais frequentes entre aquelas que foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco por alterações no ultrassom (n=50). Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

(Continua)

Variáveis	n	%
Hematoma retrocorion	8	16,0
Útero septado	5	10,0
Polidramnio	4	8,0
Descolamento de placenta	4	8,0

(Conclusão)		
Variáveis	n	%
Hidronefrose	4	8,0
Placenta prévia total	3	6,0
Cisto ovariano	3	6,0
Suspeita cromossomopatia	3	6,0
Cardiopatía fetal	3	6,0
Placenta prévia parcial	2	4,0
CIUR	2	4,0
Dilatação de colo uterino	2	4,0
Onfalocele	2	4,0
Gastrosquise	2	4,0
Oligodramnio	1	2,0
Outros	2	4,0

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação aos desfechos e antecedentes obstétricos da amostra, foi constatado que 3,2% das pacientes tiveram eclâmpsia em gestações anteriores, 3,1% tiveram parto pré-termo, e 0,4% desenvolveram síndrome HELLP em gestações anteriores.

Tabela 11 - Antecedentes obstétricos da amostra de mulheres encaminhadas ao pré-natal de alto risco (N=494). Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

Variável	n	%
Eclampsia prévia	16	3,2
Parto pré-termo prévio	15	3,1
Síndrome HELLP prévio	2	0,4

Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 12, encontraram-se os demais dados epidemiológicos da amostra, apresentando suas respectivas perdas nas informações. Como podemos observar, algumas variáveis pesquisadas não tiveram relevância estatística na análise, pela grande quantidade de perdas, e outras pela pequena quantidade de existência na amostra. As variáveis das medicações, por ter resultado em uma listagem de grande volume, porém com resultados estatisticamente não significativos na análise estatística, não foram colocadas nas tabulações, entretanto encontram-se presentes no banco de dados dos pesquisadores. Também é importante citar que o trabalho em questão não avaliou riscos de desfechos desfavoráveis às gestações, mas que esse é um assunto o qual poderá ser abordado em outros artigos, através da busca pelos desfechos da gravidez dessa amostra de pacientes nas maternidades dos

hospitais de Passo Fundo. Portanto, o presente estudo não só permitiu conhecer o perfil das gestantes encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco, cumprindo quase que a totalidade dos objetivos previamente propostos, mas oportuniza futuros estudos na área, tanto de seguimento e desfechos, como de intervenções na atenção básica de saúde do Sistema Único de Saúde.

Tabela 12 - Outros dados epidemiológicos das pacientes encaminhadas ao pré natal de alto risco no Centro de Referência de Saúde da Mulher. Passo Fundo RS. Anos 2016 e 2017.

(Continua)

Variável	n	%*
GP	73	
Sim	21	28,8
Não	52	71,2
DM previa	494	
Sim	25	5,1
Nao	469	94,9
Asma	494	
Sim	15	3,0
Não	479	97,0
HAS	494	
Sim	89	18,0
Não	405	82,0
DHEG	494	
Sim	20	4,1
Não	474	95,9
TVP	494	
Sim	4	0,8
Não	490	99,2
Anemia	494	
Sim	13	2,6
Não	481	97,4
Anemia falciforme	494	
Sim	0	0
Não	494	100
Hemogp	494	
Sim	0	0
Não	494	100
Hipertireoidismo	494	
Sim	8	1,6
Não	486	98,4
Hipotireoidismo	494	
Sim	56	11,3
Não	438	88,7

(Continua)

Variável	n	%*
Abortamento recorrente	494	
Sim	14	2,8
Não	480	97,2
Incompetência istmo cervical previa	494	
Sim	3	0,6
Não	491	99,4
Incompetência istmo cervical atual	494	
Sim	5	1,0
Não	489	99,0
Suspeita síndrome antifosfolípido	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
AIDS	494	
Sim	12	2,4
Não	482	97,6
Toxoplasmose	494	
Sim	22	4,4
Não	482	95,6
Verrugas condiloma	494	
Sim	7	1,4
Não	487	98,6
Alergias	494	
Sim	0	0
Não	494	100
Isoimunização Rh prévia	494	
Sim	4	0,8
Não	490	99,2
Cardiopatias/IAM prévio	494	
Sim	8	1,6
Não	486	98,4
Pneumopatias	494	
Sim	3	0,6
Não	491	99,4
Nefropatias	494	
Sim	5	1,0
Não	489	99,0
Epilepsia	494	
Sim	11	2,2
Não	483	97,8
AVC	494	
Sim	3	0,6
Não	491	99,4
Paraplegia	494	
Sim	2	0,4
Não	492	99,6
Lupus	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8

(Continua)

Variável	n	%*
SAF	494	
Sim	0	0
Não	494	100
Colagenose	494	
SIM	0	0
Não	494	100
Deformidade esqu materna	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Desnutrição atual	494	
Sim	3	0,6
Não	491	99,4
Obesidade	494	
Sim	55	11,1
Não	439	88,9
Neoplasia maligna atual	494	
Sim	3	0,6
Não	491	99,4
Neoplasia prévia	494	
Sim	5	1,0
Não	489	99,0
Depressão	494	
Sim	20	4,0
Não	474	96,0
Psicose atual ou prévio	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Transtorno bipolar atual	494	
Sim	4	0,8
Não	490	99,2
Hemorragia do 1ro trimestre	494	
Sim	41	8,3
Não	453	91,7
Hemorragia do 2do trimestre	494	
Sim	11	2,2
Não	483	97,8
Hemorragia do 3ro trimestre	494	
Sim	0	0
Não	494	100
Esquizofrenia	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Trombofilia	494	
Sim	6	1,2
Não	488	98,8
Mioma uterino	494	
Sim	6	1,2
Não	488	98,8

(Continua)

Variável	n	%*
ITU	494	
Sim	30	6,1
Não	464	93,9
Endometriose	494	
Sim	4	0,8
Não	490	99,2
Varizes	494	
Sim	7	1,4
Não	487	98,6
AIT	494	
Sim	2	0,4
Não	492	99,6
Hepatite	494	
Sim	6	1,2
Não	488	98,8
Deficit mental	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Colelitíase	494	
Sim	4	0,8
Não	490	99,2
Pielonefrite	494	
Sim	7	1,4
Não	487	98,6
Convulsiones	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Candidíase	494	
Sim	4	0,8
Não	490	99,2
Ansiedade	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Transtornoficticio	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Refluxo vesicoureteral	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Bexiga neurogenica	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Hérnia de hiato	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Fibrose cística	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8

(Continua)

Variável	n	%*
Espondilite anquilosante	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Acromegalia	494	
Sim	1	0,2
Não	493	99,8
Histórico de óbito fetal 3ro trimestre	493	
Sim	13	2,6
Não	480	97,4
Acretismo prévio	493	
Sim	1	0,2
Não	491	99,6
Não especificado	1	0,2
Parto pretermo prévio	493	
Sim	15	3,0
Não	477	96,8
Não especificado	1	0,2
Cesariana prévia	494	
Sim	1	0,2
Não	491	99,4
Não especificado	2	0,4
Interrupção prévia	493	
Sim	48	9,7
Não	445	90,3
Morte fetal IU prévia	494	
Sim	24	4,9
Não	469	95,1
Síndrome HELLP G prévia	493	
Sim	2	0,4
Nao	491	99,6
Eclampsia G prévia	493	
Sim	16	3,2
Não	477	96,7
PCR G prévia	493	
Sim	1	0,2
Não	492	99,8
CTI G prévia	493	
Sim	2	0,4
Não	491	99,6
Hemoglobina	98	12,2 (11,5; 13,0)
Hematócrito	75	34,5 (33,1; 35,9)
TSH		
T4 livre		
Fta-abs (somente tem uma mulher)	1	1

(Continua)

Variável	n	%*
HIV	131	
Sim	7	5,3
Não	124	94,7
Sífilis	111	
Sim	9	8,1
Não	102	91,9
Proteinuria fita	11	276,8
Equ (Não sei o que é 1 e 2)	84	
1	22	26,2
2	62	73,8
Urocultura	67	
1	18	26,9
2	49	73,1
ECG	5	
1	1	20,0
2	4	80,0
gj	143	92,4 (88,1; 96,7)
totg	31	129,2 (106,8; 151,5)
Epf	2	
1	1	50
2	1	50
ureia	8	14,2 (8,5; 19,8)
creatinina	31	0,61 (0,56; 0,65)
Proteinuria 24h	14	160,4 (113,0; 207,9)
gamagt	1	12
Tgo	11	15,7 (9,55; 21,9)
Tgp	10	15,6 (3,31; 27,8)
lip	1	16,5
amil	1	73,7
Plaquetas	37	223027 (203198; 242856)
Anti-HCV	36	
1	1	2,8
2	35	97,2
antihbs	32	40,2 (2,3; 78,1)
Rubigm	16	
1	3	18,7
2	13	81,3
Cmvgg	9	
1	8	88,9
2	1	11,1

(Continua)

Variável	n	%*
Cmvigm	12	
1	0	0
2	12	100
Hba1c	16	6,28 (5,32; 7,24)
Eritrócitos	8	5,4 (3,2;7,5)
Leucocitos	9	7675,5 (6252,2; 9198,9)
Cd4	3	357,7
hgt	19	140,2 (120,5; 159,9)
Microalbumunuria	1	16
IgG treponema	2	
1	1	50
2	1	50
IgM treponema	1	
1	0	
2	1	
Na	1	137
K	1	4
Ca	2	
Cl	1	
Lues	1	
Anti tpo	2	
pcr	1	
Glicemia media	3	
Beta hcg	2	
Fan	1	
ferritina	1	
Mg	1	
Oligod	492	
1	1	0,2
2	991	99,8
Polid	492	
1	4	0,8
2	488	99,2
Polidgrav	492	
1	1	0,2
2	491	99,8
Pptotal	492	
1	7	1,4
2	485	98,6

(Continua)

Variável	n	%*
Ppparc	492	
1	2	0,4
2	490	99,6
Acretplac		
1	1	0,2
2	491	99,8
Inservel		
1	1	0,2
2	491	99,8
CIUR	492	
1	9	1,8
2	483	98,2
Ecosif	492	
1	1	0,2
2	491	99,8
Ecohidrop	492	
1	0	
2	492	
Hematomaretrociorn	492	
1	11	2,2
2	481	97,8
UTEROSEPTADOBICORNO		
1	6	1,2
2	486	98,8
INCISURAPROTODIASTOLICAARTUTE	492	
1	1	0,2
2	491	491
DESCOLAMENTODEPLACENTA	492	
1	7	1,4
2	485	98,6
CISTOOVARIANO	492	
1	3	0,6
2	489	99,4
DESCOLAMENTOOOVULAR	492	
1	1	0,2
2	491	99,8
RESISTVASCULARUPAUMENTADA	492	
1	1	0,2
2	491	99,8
HEMATOMARETROCORIAL	492	
1	6	1,2
2	486	98,8
SUSPEITADEMACROSSOMIA	493	
1	6	1,2
2	487	98,8
AFUNILAMENTOCOLOUTERINO	493	
1	2	0,4
2	491	99,6

(Continua)

Variável	n	%*
CISTOPULMONARFETAL	493	
1	1	0,2
2	492	99,8
MÁFORMAÇÃOMULLERIANA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
DILATAÇÃODOCOLOUTERINO	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
SUSPEITACROMOSSOMOPATIA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
VentriculomegaliaCerebral	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
PLACENTAMARGINAL	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
CISTORENALFETAL	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
BAIXOPESOFETAL	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MEGACISTERNAMAGNA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
CISTODEBOLSADEBLAKE	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
Fenda	492	
1	3	0,6
2	489	99,4
Sindac	492	
1	0	
2	492	100
Microcef	492	
1	0	
2	492	100
Hipop	492	
1	2	0,4
2	490	99,6
Ausmemb	492	
1	0	
2	492	100
Meningo	492	
1	0	
2	492	100

(Continua)

Variável	n	%*
Higrom	492	
1	0	
2	492	100
Onfaloc	492	
1	3	0,6
2	489	99,4
Gastrosq	492	
1	3	0,6
2	489	99,4
Cardiopf	492	
1	4	0,8
2	488	99,2
anencef	492	
1	0	
2	492	100
ESTENOSE PULMONAR	492	
1	1	0,2
2	491	99,8
HIDRONEFROSE	492	
1	4	0,8
2	488	99,2
ECTASIA RENAL	492	
1	2	0,4
2	490	99,6
DILAT PÉLVICA	493	
1	2	0,4
2	491	99,6
Bradicardia	393	
1	1	0,3
2	392	99,7
EDEMA D'ENCA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOT HIV	494	
1	11	2,2
2	483	97,8
MOT ÚTERO UNICÓRNO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOT ABORTO PREVIO	494	
1	108	21,9
2	386	78,1
MOT PARTO PREM	494	
1	44	8,9
2	450	91,1
MOT SANG 2 TRI	494	
1	11	2,2
2	483	97,8

(Continua)

Variável	n	%*
MOTSANG1TRIM	493	
1	37	7,5
2	56	92,5
MOTPLACBAIXA	494	
1	6	1,2
2	488	98,8
MOTPE	494	
1	35	7,1
2	459	92,9
MOTCIUR	494	
1	10	2,0
2	484	98,0
MOTESQUIZOFRENIA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTHAS	494	
1	91	18,4
2	403	81,6
MOTDM	494	
1	25	5,1
2	469	94,9
MOTDMG	494	
1	78	15,8
2	416	84,2
MOTPPTOTAL	493	
1	5	1,0
2	488	99,0
MOTISORHPREV	494	
1	7	1,4
2	487	98,6
MOTTVPREV	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTTEP	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTALTUSG	494	
1	50	10,1
2	444	89,9
MOTANEMIA	494	
1	12	2,4
2	482	97,6
MOTDHEG	494	
1	17	3,4
2	477	96,6
MOTOBESIDADE	494	
1	187	37,8
2	307	62,2

(Continua)

Variável	n	%*
MOTTROMBOFILIA	494	
1	6	1,2
2	488	98,8
MOTPLAQUETOPENIA	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTCARDIOPATIA	494	
1	10	2,0
2	484	98,0
MOTTOXOPLASM	494	
1	21	4,2
2	473	95,8
MOTDEPRESSAO	494	
1	21	4,2
2	473	95,8
MOTHIPOTIREO	494	
1	49	9,9
2	445	90,1
MOTSIFILIS	494	
1	15	3,0
2	479	97,0
MOTECTÓPICAPRÉVIA	494	
1	5	1,0
2	489	99,0
MOTMIOMAUTERINO	494	
1	5	1,0
2	489	99,0
MOTCMV	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTIMA	494	
1	87	17,6
2	407	82,4
MOTGEMELAR	494	
1	28	5,7
2	466	94,3
MOTOVARIOPOLICISTICO	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTDROGAS	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTBAIXAIDMATERNA	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTPILEPSIA	494	
1	11	2,2
2	483	97,8

(Continua)

Variável	n	%*
MOTENDOMETRIOSE	494	
1	5	1,1
2	489	99,0
MOTVARIZES	494	
1	8	1,6
2	486	98,4
MOTAVCPREVIO	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTAITPREVIO	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTHEPATITE	494	
1	7	1,4
2	487	98,6
MOTPIELONEFRITE	494	
1	9	1,8
2	485	98,2
MOTITUDEREPECIC	494	
1	20	4,0
2	474	96,0
MOTMALFFETAL	494	
1	20	4,0
2	474	96,0
MOTASMA	494	
1	12	2,4
2	482	97,6
MOTNESPECIFICADO	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTDEFICTMENTAL	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTHIPERTIR	494	
1	8	1,6
2	486	98,4
MOTCA	494	
1	6	1,2
2	488	98,8
MOTCOLELITIASE	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTDESCPLACENTA	494	
1	6	1,2
2	488	98,8
MOTCISTOOVARIANO	494	
1	5	1,0
2	489	99,0

(Continua)

Variável	n	%*
MOTHISTISTMOC	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTCESAREASPREVIAS	494	
1	31	6,3
2	463	93,7
MOTHIPERÊMESE	494	
1	6	1,2
2	488	98,7
MOTPERDAPESOGESTAÇÃO	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTTROMBOSEPLACPREVIA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTECLAMPSIAPREVIA	494	
1	16	3,2
2	478	96,8
MOTTRANSTHBIPOLAR	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTLUPUS	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTDIMFATORVIII	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTDARIER	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTRUBEOLA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTBARIATRICA	494	
1	5	1,0
2	489	99,0
MOTCONVULSAO	494	
1	1	0,2
2	493	0,98
MOTDIUDECOBRE	494	
1	1	0,2
2	493	0,98
MOTNODULOMAMARIO	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTADENOMAHIPOFISE	494	
1	3	0,6
2	491	99,4

(Continua)

Variável	n	%*
MOHISTFAMILIARTROMBOSE	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTDOREMBAXOVENTRE	494	
1	8	1,6
2	486	98,4
MOTABSCCESSOTOROTO		
1	0	
2	494	
MOTMORTEFETALPREVIA	494	
1	14	2,8
2	480	97,2
MOTEDEMA	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTCONDILOMASHPV	494	
1	5	1,0
2	489	99,0
MOTITUREPETICAOPREV	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTMACROSSOMPREV	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTMULTIPARIDADE	494	
1	47	9,5
2	447	90,5
MOTSUSPDEISOIMUNIZAÇÃO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTLOMBALGIA	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTALERGIAALIMENTARMEDICAMENTOS	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTALTTOTG	494	
1	1	0,2
2	403	99,8
MOTHOLTORAM		
1	0	
2	494	100
MOTDHEGPREVIA	494	
1	4	0,8
2	490	99,2
MOTDESNUTRIÇÃO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8

(Continua)

Variável	n	%*
MOTINFARTOPLACENTARIO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTDMGPREVIA	494	
1	5	1,0
2	489	99,0
MOTAGORAFOBIA	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTCOLESTASE	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTAUSENCIAMMSS	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTSOFRIMFETAL	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTNEFROPATIA	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTDRGE	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTPNEUMOPATIA	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTCADEIRANTE	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTORTOPEDICO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTPPANTERIOR	494	
1	3	0,6
2	491	99,4
MOTSUSPTRISSOMIA21	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTHISTFAMDETROMBOFILIA	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTPRENATALTARDIO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTAMEAÇAABORTO	494	
1	3	0,6
2	491	99,4

(Conclusão)		
Variável	n	%*
MOTMACROSSOMIA	494	
1	2	0,4
2	492	99,6
MOTMalformFetalPrevia	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTVAGINOSE	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTNODULOTIREOIDE	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTTRIGEMELAR	494	
1	1	0,2
2	493	99,8
MOTSOFRIMENTO FETAL PREVIO	494	
1	1	0,2
2	493	99,8

Fonte: Elaborado pelo autor

REFERÊNCIAS

- ABENHAIM, H. A. et al.. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 275, n. 1, p. 39–43, 2007.
- ANDRES, A.; SHANKAR, K.; BADGER, T. M.. Body Fat Mass of Exclusively Breastfed Infants Born to Overweight Mothers. **Journ of the acad of nutr and dietet.**, v. 112, p. 991-995, 2012.
- ANJOS, J. C. S. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 2, 2014.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S.. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 11-7, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.
- CRANE, J. M. et al.. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 31, n. 1, p. 28-35, 2009.
- DALLA COSTA, L. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr/jun 2016.
- DAVIES, G. A. et al. Obesity in pregnancy. **J Obstet Gynaecol Can.**, v. 32, n. 2, p.165-73, 2010.
- DEPARTMENT of Health. **Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care**. Canberra: Australian Government Department of Health. 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015.
- FRANCISQUETI, F. V. et al.. Estado nutricional materno na gravidez e sua influência no crescimento fetal. **Rev. Simbio-Logias.**, v. 5, n. 7, p. 74-86, dez 2012.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.

GADELHA, P. S. et al. Obesidade e Gestação. In: **Tratado de Obesidade**. AC Farmacêutica, p. 356-358, 2010.

GOMES, R. et al.. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev Latino- am Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 62-7, jul. 2001.

JAEGER, A. S. et al.. Índice de Masa Corporal al comienzo del embarazo en un grupo de gestantes venezolanas de bajo estrato socioeconómico y su relación con la antropometría de sus recién nacidos. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion.**, v. 56, n. 2, p. 141-5, 2006.

KERCHE, L. T. R. L. et al.. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 10, p. 580-7, 2005.

MEHTA, S. H. Nutrition and Pregnancy. **Clinical obstet and gynecol.**, v. 51, n. 2, p. 409-418, 2008.

PADILHA, P. C. et al.. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 10, p. 511-8, 2007.

PEIXOTO, C.R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 19, n. 2, p. 286-91, 2011.

RAPOSO, Laura *et al* . Complicações da Obesidade na Gravidez. **Arq Med**, Porto, v. 25, n. 3, p. 115-122, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132011000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2018.

STATACORP. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC. 2017.

TOSCANO, M. M.; PAIVA, C. S. M.; NUNESMAIA, H. G. S. Características epidemiológicas das puérperas internadas em maternidade pública de João Pessoa no ano de 2014. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 9, n. 2, p. 503-509, abr./jun 2017.

WORLD Health Organization. **Global database on body mass index**: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/bmi/index.jsp>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

WORLD Health Organization. WHO. **Maternal mortality**. 2016.

YAMAGUCHI, M. U. et al. Complicações maternas e neonatais em fila de espera da Central de Regulação de Leitos na macrorregião de Maringá. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-203, 2014.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Esta pesquisa será desenvolvida por Stéphanie Lussana Dalla Vecchia, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Me. José Ribamar Fernandes Saraiva Junior e co-orientação da Professora Dr^a. Sofia Carla Abelin Noskoski.

O objetivo central do estudo é delinear o perfil clínico, sociodemográfico e laboratorial de pacientes encaminhadas a um serviço de referência.

O estudo é do tipo observacional, transversal e descritivo e será realizado no período de Janeiro a Dezembro de 2018 no Centro de Referência de Saúde da Mulher, em Passo Fundo – RS.

A população do estudo é composta por pacientes gestantes encaminhadas para Pré-Natal de Alto Risco ao Centro de Referência de saúde da Mulher. A amostra não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todas as pacientes atendidas no serviço, aproximadamente 340 pacientes.

Serão coletados dados de acordo com os critérios de encaminhamento do Protocolo de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) realizado por TelessaúdeRS/UFRGS 2015, contidos na ficha de transcrição de dados (Anexo 1): Idade, estado civil, escolaridade, profissão, procedência, religião, idade gestacional, número de consultas pré-natais, número de gestações, número de partos vaginais prévios, número de partos cesáreos prévios, número de abortos, tipo sanguíneo, fator Rh, tipo de gestação, Tabagismo, uso de outras drogas, morbidades maternas, condições clínicas de risco em gestação prévia, condições de mau resultado obstétrico e/ou perinatos em gestação prévia, alterações laboratoriais, alterações ecográficas de líquido amniótico, placentárias e fetais e condições clínicas de malformações ou sugestivas de síndromes genéticas. Todas as variáveis estão especificadas no Anexo 1.

Os dados serão coletados no Centro de Referência de Saúde da Mulher. A coleta de dados será realizada por meio de dados secundários dos prontuários físicos, os quais serão copiados para a ficha de transcrição (Anexo 1), e posteriormente os dados consultados serão digitados diretamente em planilha eletrônica pela acadêmica da equipe de pesquisa, e transferidos para programa estatístico Stata 15, para análise descritiva e comparativa dos dados, que consistirá de mediana, média e desvio padrão das variáveis quantitativas.

O presente estudo tem como riscos aos participantes a exposição accidental de dados de identificação. Afim de minimizar tal risco, o nome de paciente será substituído por um código na planilha eletrônica.

Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. No caso de riscos não previstos, acontecerem acima do nível aceitável, as atividades que os geraram serão interrompidas.

Considerando a natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, o estudo trará um perfil das pacientes gestantes encaminhadas para o Pré-Natal de Alto Risco no serviço do estudo.

Tais informações poderão ser usadas, não só pela comunidade acadêmica como conhecimento, mas também, a partir da sua divulgação, para gerar medidas de prevenção primária e secundária para a população estudada e melhorar o encaminhamento das pacientes dentro do Sistema Único de Saúde.

Em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e considerando que a coleta de dados será realizada sem contato direto com as participantes, tendo em vista que muitas pacientes não mantêm mais vínculo com o Serviço, a identificação do paciente, presente nos prontuários, será substituída por códigos, afim de reduzir riscos de exposição do paciente, a equipe solicita dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Passo Fundo, 9 março de 2018

Nome completo e legível do pesquisador responsável: José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – Termo de compromisso para uso de dados em arquivo**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFS****TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-NATAL
DE ALTO RISCO**

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados do Centro de Referência de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde Municipal de Passo Fundo, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Passo Fundo, 18 de Junho de 2018.

Nome do Pesquisador	Assinatura
José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	
Sofia Carla Abelin Noskoski	
Stéphani Lussana Dalla Vecchia	

Nome completo e legível do pesquisador responsável: José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – Modelo de Banco de Dados

ANOPRONT	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ANOPRONT	CIVIL	COR	PROFI	PROCE	IGS	IGD	SOENCAM	GESTA	PV	PC	ABORT	TS	RH	TIPOGEST	TABAG	PESO	ALTURA		
1	2	21	2	6	508	14	30	4	2	2	0	1	0	2	2	1	2	56,7	1,57
2	1	26	1	1	508	63	9	4	2	1	0	0	0	2	1	1	2	61,6	1,62
3	1	32	1	1	9999	23	18	5	2	4	1	2	0	9999	9999	1	2	66,3	1,58
4	2	35	1	1	508	3	16	4	2	2	0	0	0	1	1	2	59	1,54	
5	2	29	2	6	508	38	28	4	2	6	2	1	2	9999	9999	1	1	53,2	1,53
6	2	24	1	6	112	48	37	1	2	2	3	1	0	9999	9999	9999	9999	95,2	1,69
7	2	26	1	6	508	17	17	3	2	4	0	1	2	9999	1	1	4	59,2	1,55
8	1	27	1	1	508	23	32	2	2	2	0	0	0	4	1	1	2	59,2	1,56
9	1	27	1	1	9999	44	22	0	2	4	0	2	1	1	2	1	2	94,3	1,56
10	1	29	1	1	9999	56	26	0	2	5	3	1	0	9999	9999	1	2	9999	9999
11	1	35	1	1	9999	38	15	3	2	4	0	1	0	9999	9999	1	4	87,1	1,66
12	1	29	1	6	487	38	26	0	2	4	0	1	2	9999	9999	1	2	64,8	1,61
13	1	33	1	1	508	64	33	0	2	4	1	2	0	4	1	1	2	101	1,51
14	1	32	1	1	508	35	10	1	2	7	4	0	0	4	9999	9999	1	91,8	1,62
15	1	32	1	1	9999	63	35	0	2	2	0	0	0	9999	9999	1	2	59,3	1,52
16	1	24	1	1	9999	18	24	0	2	2	0	0	0	9999	9999	1	2	99,1	1,55
17	2	40	1	6	9999	65	22	2	2	2	9999	9999	9999	9999	9999	1	2	66,9	1,62
18	2	23	1	1	9999	38	9	1	2	1	0	0	0	9999	9999	1	2	63,3	1,52
19	2	30	1	6	112	43	29	2	2	3	0	2	0	2	1	2	2	68,4	1,52
20	2	42	1	1	9999	51	23	0	2	2	0	1	0	9999	9999	1	2	76,3	1,49
21	1	31	1	1	9999	54	15	6	2	2	0	1	0	9999	9999	1	2	71,4	1,5
22	2	22	2	6	508	35	22	1	2	2	0	0	1	9999	9999	1	1	71,4	1,5
23	2	20	2	6	508	43	25	4	2	1	0	0	0	4	1	1	2	53	1,53
24	2	20	1	1	9999	58	10	4	2	1	0	0	0	4	1	1	4	9999	9999
25	2	19	2	1	228	3	29	1	2	1	0	0	0	4	1	1	1	61	1,58
26	2	35	1	2	508	66	18	0	1	1	0	0	0	4	1	1	2	60,4	1,58
27	2	28	1	4	508	43	23	0	2	7	2	0	3	4	1	1	2	91,5	1,62
28	1	31	1	1	9999	12	15	3	2	2	0	1	0	9999	9999	1	1	137,1	1,83
29	2	21	1	1	9999	54	23	5	2	2	0	0	0	9999	9999	1	2	53	1,54
30	2	24	1	1	487	56	11	4	2	4	1	0	0	9999	9999	1	2	71,5	1,49
31	2	28	2	1	508	36	17	2	2	3	0	0	2	9999	9999	1	2	65,1	1,6
32	2	30	1	1	9999	48	6	0	2	3	0	2	0	9999	9999	1	2	62	1,62
33	2	25	2	9999	474	39	13	3	2	1	0	0	0	9999	9999	1	2	100,2	1,64
34	2	31	1	1	508	38	15	5	2	5	0	4	0	4	1	1	2	81,1	1,68
35	2	28	2	9999	865	58	9	4	1	2	1	0	0	4	1	9999	9999	61,6	1,65
36	2	16	2	1	9999	38	16	6	2	1	0	0	0	1	1	1	2	43,2	1,45
37	2	28	2	1	9999	54	28	0	2	2	0	0	0	4	1	1	2	159	1,59
38	2	40	1	9999	508	17	28	1	2	5	1	3	0	4	1	1	2	9999	9999
39	2	34	1	1	508	38	21	0	2	2	1	0	0	4	2	1	2	102	1,66
40	2	21	1	1	508	54	14	5	2	2	0	0	0	9999	9999	2	3	80	1,6
41	2	41	1	1	508	50	27	2	2	1	0	0	0	4	1	1	2	169	1,69
42	2	33	1	1	9999	40	24	0	2	2	0	1	0	9999	9999	1	2	97	1,59
43	2	22	1	9999	508	45	16	5	2	2	0	0	0	4	1	1	1	106,3	1,6
44	2	28	1	1	9999	67	30	0	2	2	0	1	0	4	2	1	2	106	1,59
45	2	30	9999	9999	9999	50	29	6	2	2	0	0	0	4	1	1	2	113,2	1,63
46	2	14	2	1	9999	40	22	2	2	1	0	0	0	4	1	1	2	58,5	1,56
47	2	25	1	1	9999	22	16	1	2	4	0	3	0	9999	9999	1	2	77,6	1,47
48	2	36	2	1	508	68	15	5	2	5	1	3	0	4	1	1	2	155	1,55
49	2	42	1	1	9999	38	17	6	2	3	0	1	1	9999	9999	1	2	98,4	1,67
50	2	35	1	9999	228	3	21	5	2	3	0	1	1	4	2	1	2	106	1,58
51	2	26	2	9999	508	44	31	1	2	2	0	0	0	4	1	2	2	65,5	1,58
52	2	21	1	1	9999	14	15	4	1	3	0	2	0	9999	9999	1	2	66,5	1,56
53	2	28	3	9999	9999	28	11	6	2	4	0	1	2	4	1	1	4	56,8	1,62
54	2	35	1	1	9999	39	30	0	2	4	2	1	0	4	1	1	1	75,3	1,64
55	2	37	1	1	9999	38	15	3	2	2	1	0	0	9999	9999	1	4	82,7	1,59
56	1	40	9999	9999	9999	37	9	6	1	6	9999	9999	9999	9999	9999	9999	96	9999	9999
57	2	23	2	1	9999	10	25	6	2	5	0	1	3	1	1	1	1	87,8	1,57
58	2	36	1	1	508	3	16	3	2	3	1	1	0	2	1	2	70	1,57	1,59
59	2	31	1	1	673	69	17	3	2	2	0	1	0	1	1	1	2	83,7	1,63
60	2	23	1	1	9999	37	12	2	2	2	0	2	0	9999	9999	1	2	87,6	1,63
61	2	17	1	1	9999	51	36	5	1	1	0	0	0	9999	9999	9999	9999	73,7	1,6

APÊNDICE D – Ficha de Transcrição dos dados

VARIÁVEIS DA PARTURIENTE	
1. Idade da paciente: _____	idade _ _
2. Estado Civil: (1) Com cônjuge (2) Sem cônjuge (3) Não especificado	civil _
3. Raça/cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	cor _
4. Escolaridade: (0) Ensino fundamental incompleto; (1) Ensino fundamental completo; (3) Ensino médio incompleto; (4) Ensino médio completo; (5) Ensino superior incompleto; (6) Ensino superior completo; (7) Especialização completa; (8) Mestrado incompleto/completo; (9) Doutorado incompleto/completo; (10) Pós-doutorado.	escola _
5. Profissão: Tabela de profissões (Apêndice D)	profi _ _
6. Procedência:	proce _
7. Religião:	relig_ _ _
8. Idade gestacional:	ig_ _
9. Número de consultas pré-natais:	pre _ _
10. Número de Gestações:	g_ _
11. Número de Partos Vaginais Prévios:	pv_ _
12. Número de Partos Cesáreos Prévios:	pc_ _
13. Número de Abortos:	a_ _
14. Tipo Sanguíneo: (1) A; (2) B; (3) AB; (4) O Rh: _____ Tipo de Gestação: (1) Feto único; (2) Gemelar Tabagismo: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado Outras drogas: _____ IMC: (1) Entre 18,5 e 24,99 = normal (2) Entre 25 e 29,99 = acima do peso (3) Entre 30 e 34,99 = Obesidade I (4) Entre 35 e 39,99 = Obesidade II Vacinas realizadas:	sang_ _ rh_ _ tipogest_ tabag_ drogas_ imc_ vac_ _
15. Morbidades Maternas: DM prévia (1) Sim (2) Não (3) Não especificado DMG (1) Sim (2) Não (3) Não especificado Asma (1) Sim (2) Não (3) Não especificado HAS (1) Sim (2) Não (3) Não especificado DHEG (1) Sim (2) Não (3) Não especificado TVP prévio (1) Sim (2) Não (3) Não especificado Anemia (1) Sim (2) Não (3) Não especificado Anemia Falciforme (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	dm _ dmg_ asma _ has _ dheg_ tvp _ anem_ afalc_

Outras hemoglobinopatias: _____	hemog_
Hipertireoidismo (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	hipertireo_
Hipotireoidismo (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	hipotireo_
História de abortamento recorrente: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	arecorr_
História prévia de incompetência istmo-cervical: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	istmoc_
Suspeita atual de incompetência istmo-cervical: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	suspisto_
Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	suspsaf_
Diagnóstico de HIV/AIDS: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	aids_
Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	toxop_
Condiloma Acuminado/ Verrugas virais: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	verrug_
Alergias/Atopias: _____	alerg_
Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	isorhprev_
Infarto do miocárdio prévio/cardiopatias graves: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	cardiop_
Pneumopatias graves: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	pneumop_
Nefropatias graves: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	nefrop_
Epilepsia: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	epilep_
AVC prévio: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	avc_
Paraplegia/Tetraplegia: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	parapleg_
Lupus Eritematoso Sistêmico: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	lupus_
Diagnóstico de Síndrome Antifosfolípideo: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	saf_
Colagenoses: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	colag_
Deformidade esquelética materna grave: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	defesq_
Desnutrição: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	desnut_
Obesidade mórbida: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	obes_
Diagnóstico de neoplasia maligna atual: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	neopa_
Histórico de neoplasia maligna: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	neopp_
Histórico prévio ou atual de Depressão: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	depres_
Histórico prévio ou atual de Psicose: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	psico_
Histórico prévio ou atual Transtorno de humor bipolar: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	thb_
Hemorragias 1º trimestre: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	hem1_
Hemorragias 2º trimestre: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	hem2_
Hemorragias 3º trimestre: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	hem3_
Outras: _____	outra_ _

<p>16. Condições clínicas de risco em gestação prévia:</p> <p>16.1. Condições fetais:</p> <p>- História de óbito fetal no 3º trimestre: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado</p> <p>16.2. Condições maternas:</p> <p>- Acretismo placentário em gestação anterior: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado</p> <p>- História de parto prematuro com menos de 34 semanas: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado</p> <p>- Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado</p>	<p>obit3_</p> <p>acretpant_</p> <p>partprem_</p> <p>cesarlong_</p>
<p>17. Gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal:</p> <p>– Interrupção prematura da gestação (1) Sim (2) Não</p> <p>– Morte fetal intrauterina (1) Sim (2) Não</p> <p>– Síndrome HELLP (1) Sim (2) Não</p> <p>– Eclâmpsia (1) Sim (2) Não</p> <p>– Parada cardiorrespiratório (1) Sim (2) Não</p> <p>– Internação em CTI durante a gestação (1) Sim (2) Não</p>	<p>intpreg _</p> <p>mfetiugp_</p> <p>shellpgp_</p> <p>eclamgp_</p> <p>pcrgp_</p> <p>ctigp_</p>
<p>18. Alterações Laboratoriais:</p> <p>– hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade;</p> <p>– hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias);</p> <p>– hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.</p> <p>– TSH normal ou baixo</p> <p>– T4 livre baixo</p> <p>– T4 total baixo</p> <p>– VDRL: ____</p> <p>– fta-abs: ____</p> <p>– Resultado de teste rápido de HIV: (1) Reagente (2) Não reagente</p> <p>– Resultado de teste rápido de sífilis: (1) Reagente (2) Não reagente</p> <p>– Coombs indireto: (1) Positivo, (2) Negativo (3) Não especificado</p> <p>– Toxo IgG: (1) Positivo, (2) Negativo (3) Não especificado</p> <p>– Toxo IgM: (1) Positivo, (2) Negativo (3) Não especificado</p> <p>– IgG de Aidez: ____</p> <p>– IgA: ____</p> <p>– Proteinúria (Fita Reagente): ____</p> <p>– EQU: ____</p> <p>– Urocultura: ____</p> <p>– ECG: ____</p> <p>– Glicemia de Jejum: ____</p> <p>– TOTG 75: ____</p> <p>– HbsAg: ____</p>	<p>hemog1_</p> <p>hemog2_</p> <p>hemog3_</p> <p>TSH_ _ _</p> <p>T4 livre _</p> <p>T4 total _</p> <p>VDRL_ _</p> <p>ftaabs_ _ _</p> <p>hiv _</p> <p>sifi: _</p> <p>coombi_</p> <p>toxoiigg_</p> <p>toxoiigm_</p> <p>iggav_ _</p> <p>igA_ _ _</p> <p>proteinu_</p> <p>equ_ _ _</p> <p>urocult_ _</p> <p>ecg_ _ _</p> <p>gj_ _ _</p> <p>totg_ _ _</p> <p>hbsag_ _</p>

– Exame Parasitológico de Fezes: ____	epf_ _
– Ureia: ____	ureia_ _
– Creatinina: ____	creat_ _
– Proteinúria 24h: ____	prot24h_
– Gama GT: ____	gamagt_
– TGO: ____	tgo_ _
– TGP: ____	tgp_ _
– Lipase: ____	lip_ _
– Amilase: ____	amil_ _
– Bilirrubina Total: ____	bilit_
– Bilirrubina Indireta: ____	biliind_
– Bilirrubina Direta: ____	bilid_
– Plaquetas: ____	plaq_
– Desidrogenase Lática: ____	dhl_
– Ácido úrico: ____	acu_
19. Alterações Ecográficas:	
19.1. Alterações no Líquido Amniótico:	
– Oligodrâmnio: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	oligod_
– Polidrâmnio consequente à anomalia fetal: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	poliod_
– Polidrâmnio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsão > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia): (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	poliodgrav_
19.2. Alterações Placentárias:	
– Placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	pptotal_
– Placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	ppparcial_
– Acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia): (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	acretplac_
– Inserção velamentosa do cordão: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	inservel_
19.3. Alterações fetais:	
– Crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional): (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	ciur_
– Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita: (1) Sim (2) Não (3) Não especificado	ecosif_
– Achados ecográficos de Hidropsia Fetal : (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	ecohidrop_
19.4. Condições clínicas de malformações ou sugestivas de síndromes genéticas:	
– fenda labial ou palatina: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	fenda_
– sindactilia: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	sindac_

–	microcefalia: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	microcef_
–	hipoplasia: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	hipop_
–	Ausência de membro: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	ausmemb_
–	meningomielocele/espinha bífida: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	meningo_
–	higroma cístico: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	higrom_
–	onfalocele: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	onfaloc_
–	gastrosquise: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	gastroq_
–	cardiopatía: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	cardiopf_
–	anencefalia: (1)Sim (2)Não (3)Não especificado	anencef_
–	Outras: _____	outrasmalf_

ANEXO 1 – Relação das profissões – códigos**RELAÇÃO DAS PROFISSÕES – CÓDIGOS**

Código	Profissão
233	AÇOUGUEIRO
234	ADIDO ESTRANGEIRO
235	ADJUNTO ADMINISTRATIVO
1	ADMINISTRADOR
236	ADMINISTRADOR DE AEROPORTO
127	ADMINISTRADOR DE BANCOS DE DADOS
237	ADMINISTRADOR DE EMPRESA
238	ADMINISTRADOR DE FAZENDA
126	ADMINISTRADOR DE REDES
239	ADMINISTRADOR RURAL
240	ADUBADO
2	ADVOGADO
241	AEROMOÇA
242	AERONAUTA
243	AEROVIÁRIO
244	AFIADOR DE FERRAMENTAS
245	AFIADOR DE METAIS PRECIOSOS
246	AGENCIADOR
3	AGENTE ADMINISTRATIVO
247	AGENTE AUTÔNOMO
248	AGENTE COMERCIAL
249	AGENTE DE CORREIO
250	AGENTE DE ESTAÇÃO
251	AGENTE DE FISCALIZAÇÃO DE IMPOSTO
252	AGENTE DE INVESTIMENTO
253	AGENTE DE POLICIA
254	AGENTE DE SEGUROS
255	AGENTE DE TELECOMUNICAÇÕES

256	AGENTE DE TURISMO
257	AGENTE DE VENDAS
141	AGENTE DE VIAGEM E AFINS
4	AGENTE E REPRESENTANTE COMERCIAL
258	AGENTE EXPORTAÇÃO
259	AGENTE FISCAL
260	AGENTE PENITENCIÁRIO
261	AGENTE TÉCNICO
262	AGENTE TRIBUTÁRIO
263	AGENTE TRIBUTÁRIO ESTADUAL
264	AGRICULTOR
265	AGRIMENSOR
266	AGROINDUSTRIAL
5	AGRÔNOMO E AFINS
267	AGROPECUARISTA
268	AJUDANTE
269	AJUDANTE DE ARMADOR
270	AJUDANTE DE BOMBEIRO
271	AJUDANTE DE CAMINHÃO
272	AJUDANTE DE CARPINTEIRO
273	AJUDANTE DE DESPACHANTE
274	AJUDANTE DE ELETRICISTA
275	AJUDANTE DE ENCANADOR
276	AJUDANTE DE FERREIRO
277	AJUDANTE DE FUNILEIRO
278	AJUDANTE DE GARÇOM
279	AJUDANTE DE LANTERNEIRO
280	AJUDANTE DE MAQUINISTA
281	AJUDANTE DE MECÂNICO
282	AJUDANTE DE PEDREIRO
283	AJUDANTE DE SERRALHEIRO
284	AJUDANTE DE VITRINISTA
285	AJUDANTE GERAL
286	AJUSTADO MECÂNICO

287	ALFAIATE
288	ALMOXARIFE
207	AMBULANTE
6	ANALISTA DE SEGUROS E DE SEGURANÇA NO TRABALHO
7	ANALISTA DE SISTEMAS
289	ANALISTA JUDICIÁRIO
212	ANTROPÓLOGO
290	APICULTOR
291	APLICADOR DE SINTECO
292	APONTADOR
293	APOSENTADO
9	APRESENTADOR
294	ARMADOR
295	ARMADOR DE CIMENTO
296	ARMADOR DE PESCA
297	ARMAZENADOR
298	ARMEIRO
213	ARQUEÓLOGO
214	ARQUITETO
299	ARQUIVISTA
133	ARQUIVÓLOGO
173	ARRANJADOR
300	ARRENDATÁRIO
301	ARRUMADEIRA
302	ARRUMADOR
303	ARTESÃO
304	ARTISTA
305	ARTISTA PINTOR
306	ARTISTA PLÁSTICO
128	ARTISTAS DE ARTES POPULARES E MODELOS
307	ASCENSORISTA
308	ASSESSOR
309	ASSESSOR DE SEGURANÇA AÉREA
310	ASSESSOR POSTAL TELEGRÁFICO

311	ASSESSOR TÉCNICO
312	ASSISTENTE
121	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
313	ASSISTENTE COMERCIAL
314	ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO
315	ASSISTENTE DE DIRETOR
316	ASSISTENTE DE LABORATÓRIO
317	ASSISTENTE SOCIAL
318	ASSISTENTE TÉCNICO
319	ASTRONAUTA
156	ASTRÔNOMO
320	ATACADISTA
321	ATENDENTE
322	ATENDENTE DE ENFERMAGEM
323	ATENDENTE DE FARMÁCIA
10	ATLETA, DESPORTISTA
11	ATOR
324	ATRIZ
169	ATUÁRIO
116	AUDITOR
232	AUTÔNOMO
326	AUXILIAR ACADÊMICO
122	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
327	AUXILIAR AGRÍCOLA
329	AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO
330	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO
328	AUXILIAR DE ÁREAS GRÁFICAS
331	AUXILIAR DE CARTÓRIO
332	AUXILIAR DE CIRURGIA
333	AUXILIAR DE COMERCIO
334	AUXILIAR DE CONTABILIDADE
335	AUXILIAR DE COZINHA
336	AUXILIAR DE EDUCAÇÃO
337	AUXILIAR DE ELETRICISTA

338	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
339	AUXILIAR DE ESCRITÓRIO
340	AUXILIAR DE EXPEDIENTE
341	AUXILIAR DE FARMÁCIA
342	AUXILIAR DE INFORMÁTICA
343	AUXILIAR DE LABORATÓRIO
344	AUXILIAR DE MAGAREFE
345	AUXILIAR DE MECÂNICO
346	AUXILIAR DE METEOROLOGISTA
347	AUXILIAR DE MONTAGEM
348	AUXILIAR DE OBSERVADOR METER.
349	AUXILIAR DE PEDREIRO
350	AUXILIAR DE PRODUÇÃO
351	AUXILIAR DE PROFESSOR
352	AUXILIAR DE PROPAGANDISTA
353	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
354	AUXILIAR DE SOLDADOR
355	AUXILIAR DE TESOUREIRO
356	AUXILIAR DE TOPÓGRAFO
357	AUXILIAR DE TRAFEGO
325	AUXILIAR. DE TRAFEGO TELEGRÁFICO
358	AUXILIAR DE VENDAS
359	AUXILIAR LEGISLATIVO
360	AUXILIAR TÉCNICO
361	AVALIADOR
362	AVALIADOR COMERCIAL
363	AVICULTOR
364	AZULEJADOR
365	BABA
148	BAILARINO
366	BALCONISTA
12	BANCÁRIO
367	BANQUEIRO
369	BAPTISTA

368	BARBEIRO
370	BARMAN
371	BARQUEIRO
372	BATERISTA
373	BETONEIRA
13	BIBLIOTECÁRIO
374	BILHETEIRO
14	BIÓLOGO
135	BIOMÉDICO E AFINS
375	BIOQUÍMICO
376	BISCATEIRO
377	BLOQUISTA
378	BOBINADO
379	BOIADEIRO
15	BOLSISTA
380	BOMBEIRO
381	BOMBEIRO DE GASOLINA
382	BOMBEIRO ELETRICISTA
383	BOMBEIRO ENCANADOR
384	BOMBEIRO HIDRÁULICO
16	BOMBEIRO MILITAR
385	BORDADOR
386	BORRACHEIRO
387	BOTÂNICO
388	BRITADOR
389	BROQUEIRO
390	BUSINESS
392	CABELEIREIRO
104	CABELEREIRO, BARBEIRO
176	CAÇADOR
393	CAIXA
394	CAIXEIRO
208	CAIXEIRO-VIAJANTE
395	CALAFATE

396	CALCULISTA
397	CALDEIREIRO
398	CAMAREIRO
399	CAMBISTA
209	CAMELÔ
400	CAMINHONEIRO
401	CAMISEIRO
402	CAMPEIRO
403	CANOEIRO
404	CANTOR
17	CANTOR E COMPOSITOR
405	CAPATAZ
406	CAPITALISTA
407	CAPOTEIRO
408	CARCEREIRO
409	CARPINTEIRO
410	CARREGADOR
411	CARREGADOR DE CAMINHÃO
412	CARREGADOR DE MALAS POSTAIS
413	CARRETEIRO
414	CARROCEIRO
415	CARTAZISTA
416	CARTEIRO
417	CARTORÁRIO
418	CARVOEIRO
419	CASEIRO
420	CATADOR DE PAPEL
421	CENARISTA
18	CENÓGRAFO
165	CERAMISTA
422	CEREALISTA
423	CERVEJEIRO
424	CHACAREIRO
425	CHAPEADOR

426	CHAPELEIRO
427	CHAPISTA
428	CHARRETEIRO
429	CHAVEIRO
430	CHEFE DE ESTAÇÃO
431	CHEFE DE TREM
432	CICERONE
433	CICLISTA
434	CIENTISTA
435	CINEASTA
19	CINEGRAFISTA
436	CINETECNICO
437	CIRURGIÃO
438	CISTERNEIRO
439	CO PILOTO
440	COB. FISCAL INSP.
441	COBRADOR
442	COBRADOR EM TRANSP. COLETIVO
443	COLETOR
444	COLHEDOR
445	COLOCADOR DE ANDAIMES
446	COLONO
179	COMANDANTE DE EMBARCAÇÕES E OFICIAIS DE MÁQUINAS
447	COMANDANTE DE NAVIO
448	COMANDANTE DE VÔO
450	COMERCIANTE
449	COMERCIÁRIO
451	COMISSÁRIO
20	COMISSÁRIO DE BORDO
452	COMISSÁRIO DE BORDO NAVIO
453	COMISSÁRIO DE POLICIA
454	COMISSIONISTA
455	COMPOSITOR
456	COMPOSITOR MECÂNICO

457	COMPOSITOR MUSICAL
458	COMPOSITORA MUSICAL
459	COMUNICAÇÃO
460	CONDUTOR
461	CONDUTOR DE GADO
462	CONDUTOR DE MALAS
171	CONDUTOR E OPERADOR DE ROBÔS
172	CONDUTOR E OPERADOR DE VEÍCULOS E EQUIPAMENTOS DE MOVIMENTAÇÃO DE CARGA
463	CONDUTOR MAQUINISTA
464	CONFEITEIRO
465	CONFERENTE DE CAIS DO PORTO
466	CONSTRUTOR
391	CÔNSUL
467	CONSULTOR
468	CONSULTOR FINANCEIRO
118	CONSULTOR JURÍDICO
115	CONTADOR
469	CONTADOR FINANCEIRO
470	CONTINUO
471	CONTORCIONISTA
472	CONTRA ALMIRANTE
473	CONTROLADOR DE PRODUÇÃO
474	COPEIRO
149	COREÓGRAFO
475	CORREEIRO
123	CORRETOR
476	CORRETOR DE CAFÉ
477	CORRETOR DE IMÓVEIS
478	COSEDOR
479	COSTUREIRA
480	COZINHEIRO
481	CRIADOR DE GADO
482	CRONISTA

483	DANÇARINO
484	DATILOGRAFO
21	DECORADOR
137	DECORADOR DE INTERIORES
120	DEFENSOR PÚBLICO
22	DELEGADO DE POLÍCIA
485	DENTISTA
486	DEPARTAMENTO DE PESSOAL
186	DEPUTADO ESTADUAL
188	DEPUTADO FEDERAL
167	DESEMBARGADOR
487	DESEMPREGADO
488	DESENHISTA
23	DESENHISTA INDUSTRIAL (DESIGNER)
24	DESENHISTA TÉCNICO E MODELISTA
125	DESENVOLVEDOR DE SOFTWARE
489	DESIGNER
202	DESPACHANTE
490	DESPACHANTE ADUANEIRO
491	DESPACHANTE DO DETRAN
492	DESSPORTISTA
163	DETETIVE
493	DIAGRAMADOR
494	DIARISTA
495	DIGITADOR
25	DIPLOMATA E AFINS
496	DIRETOR AGRÍCOLA
497	DIRETOR COMERCIAL
498	DIRETOR DE COLÉGIO
499	DIRETOR DE CORREIOS
129	DIRETOR DE ESPETÁCULOS
27	DIRETOR DE ESTABELECIMENTO DE ENSINO OU DE OUTRAS ORGANIZAÇÕES
500	DIRETOR DE FINANÇAS

501	DIRETOR DE HOSPITAL
502	DIRETOR DE HOTEL
26	DIRETOR DE ORGANISMO NÃO-GOVERNAMENTAL
503	DIRETOR DE TRANSPORTE
504	DIRETOR PECUÁRIO
505	DIRETORA DE COLÉGIO
506	DIRETORA DE HOSPITAL
28	DIRIGENTE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
507	DISTRIBUIDOR DE JORNAL
508	DO LAR
509	DOCEIRO
132	DOCUMENTALISTA
510	ECONOMIARIO
130	ECONOMIÁRIO
29	ECONOMISTA
511	EDITOR
512	EDUCADORA
513	ELETRICISTA
514	ELETRICITÁRIO
515	ELETROMECHANICO
516	ELETROTECNICO
517	EMBAIXADOR
518	EMBALADOR
519	EMBALSAMADOR
520	EMPACOTADOR
521	EMPAPELADOR
522	EMPILHADOR
523	EMPREITEIRO
524	EMPREITEIRO DE OBRAS
146	EMPRESA COMERCIAL
145	EMPRESA INDUSTRIAL
147	EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS
525	EMPRESÁRIO
30	EMPRESÁRIO E PRODUTOR DE ESPETÁCULOS

526	ENCADERNADOR
527	ENCAIXOTADOR
528	ENCANADOR
529	ENCARREGADO
530	ENCARREGADO DE OBRAS
531	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS
532	ENFERMEIRO
31	ENFERMEIRO DE NÍVEL SUPERIOR
533	ENGARRAFADOR
32	ENGENHEIRO
534	ENGENHEIRO AGRÔNOMO
535	ENGENHEIRO CIVIL
536	ENGENHEIRO ELETRICISTA
538	ENGENHEIRO ELETROMECÂNICO
537	ENGENHEIRO ELETRÔNICO
539	ENGENHEIRO FLORESTAL
540	ENGENHEIRO MECÂNICO
541	ENTALHADOR
542	ENTREGADOR
543	ENVERNIZADOR
544	ESCAFRANDISTA
545	ESCREVENTE
546	ESCRITOR
131	ESCRITURÁRIO
548	ESCRIVÃO
547	ESCRIVE
143	ESCULTOR
549	ESPECIALISTA DE BELEZA
8	ESPECIALISTA EM INFORMÁTICA
550	ESPORTISTA
551	ESTAFETA
136	ESTAGIÁRIO E AFINS
552	ESTAMPADOR
168	ESTATÍSTICO

553	ESTEREOTIPISTA
216	ESTETICISTA
554	ESTILISTA
555	ESTIVADOR
556	ESTOCADOR DE GESSO
557	ESTOFADOR
228	ESTUDANTE
558	ETIQUETADOR
559	EXECUTIVO
560	EXPORTADOR
177	EXTRATIVISTA FLORESTAL
561	FAQUEIRO
151	FARMACÊUTICO
562	FAROLEIRO
563	FATURISTA
564	FAXINEIRO
565	FAZENDEIRO
566	FEIRANTE
567	FERRAMENTEIRO
568	FERREIRO
569	FERROVIÁRIO
570	FIADOR
571	FIANDEIRA
572	FINANCISTA
573	FISCAL
574	FISCAL AGRÍCOLA
575	FISCAL DE AEROPORTO
576	FISCAL DE OBRA
577	FISCAL DE RENDAS
578	FISCAL DE RENDAS PÚBLICAS
579	FISCAL DE SANEAMENTO
580	FISCAL DE TRANSPORTE COLETIVO
192	FISCAL DE TRIBUTAÇÃO DE NÍVEL MÉDIO
581	FISCAL FLORESTAL

33	FÍSICO
158	FISIOTERAPEUTA
582	FLORICULTOR
583	FOGUISTA
34	FONOAUDIÓLOGO
584	FORJADOR
585	FOTOGRAFO
138	FOTÓGRAFO
586	FRENTISTA
587	FRETEIRO
588	FUNCIONÁRIO PÚBLICO ESTADUAL
589	FUNCIONÁRIO PÚBLICO FEDERAL
590	FUNCIONÁRIO PÚBLICO MUNICIPAL
591	FUNDIDOR
592	FUNILEIRO
593	FUTEBOLISTA
594	FUZILEIRO NAVAL
595	GALVANIZADOR
598	GARAGISTA
596	GARÇOM
597	GARÇONETE
599	GARI
600	GARIMPEIRO
601	GAROTA DE PROGRAMA
602	GENETICISTA
157	GEOFÍSICO
35	GEÓGRAFO
603	GEOLOGISTA
154	GEÓLOGO
604	GERENTE
162	GERENTE DE ÁREAS DE APOIO
605	GERENTE DE EXPORTAÇÃO
606	GERENTE DE FAZENDA
607	GERENTE DE LOJA

161	GERENTE DE OPERAÇÕES
608	GERENTE DE POSTO
36	GERENTE DE PRODUÇÃO
37	GERENTE OU SUPERVISOR
609	GESSEIRO
180	GOVERNADOR
610	GOVERNANTA
611	GRÁFICO
612	GRANITEIRO
613	GRANJEIRO
614	GRAVADOR
615	GRAXEIRO
616	GUARDA
617	GUARDA BANCÁRIO
618	GUARDA DE CARRO
619	GUARDA NOTURNO
620	GUARDA VIDAS
139	GUIA DE TURISMO
621	GUILHOTINADO
622	GUINCHEIRO
623	GUITARRISTA
160	HISTORIADOR
624	HISTORIADOR
625	IMEDIATO DE NAVIO
626	IMOBILIÁRIO
627	IMPORTADOR
628	IMPRESSOR
629	INCORPORADOR
631	INDUSTRIAL
630	INDUSTRIÁRIO
632	INSPETOR
38	INSPETOR DE POLÍCIA
633	INSTRUMENTISTA
634	INSTRUTOR DE AUTO ESCOLA

635	INSTRUTOR DE MECÂNICO
636	INSTRUTOR DE MUSCULAÇÃO
39	INSTRUTOR E PROFESSOR DE ESCOLAS LIVRES
637	INSUFILMADOR DE VEICULO
638	INTERPRETE
640	JARDINEIRO
40	JOALHEIRO
641	JOGADOR DE FUTEBOL
639	JÓQUEI
642	JORNALEIRO
41	JORNALISTA
643	JUBILADO
42	JUIZ
644	JUIZ CRIMINAL
645	JUIZ DE FUTEBOL
646	JURISTA
647	LADRILHEIRO
648	LAMINADOR
649	LANTERNEIRO
650	LAPIDÁRIO
651	LAVADEIRA
652	LAVADOR DE CARROS
653	LAVOURISTA
654	LAVRADOR
124	LEILOEIRO
655	LEITEIRO
656	LEITURISTA
657	LENHADOR
658	LIMPADOR DE PÁRA-BRISA
659	LINOTIPISTA
660	LITÓGRAFO
661	LIVREIRO
662	LIXADOR
663	LOCADOR DE APARELHO DE SOM

664	LOCUTOR
43	LOCUTOR, COMENTARISTA
665	LOCUTOR DE RODEIO
666	LUSTRADOR
667	LUTADOR
668	MADEIREIRO
669	MAESTRO
670	MAGAREFE
671	MAGISTRADO
672	MANEQUIM
673	MANICURE
204	MANICURE, PEDICURE
674	MANIPULADOR PRODUTO QUÍMICO
675	MAQUETISTA
676	MAQUILADOR
677	MAQUINISTA
678	MAQUINISTA DE BORDO
680	MARCENEIRO
681	MARINHEIRO
679	MARÍTIMO
682	MARMORISTA
683	MASCATE
215	MASSAGISTA
684	MASSOTERAPEUTA
44	MATEMÁTICO
685	MECÂNICO
686	MECÂNICO DE AERONAVE
687	MECÂNICO DE ELETRÔNICA
688	MECÂNICO OPERADOR
689	MECANOGRAFO
690	MEDICO
45	MÉDICO, ODONTÓLOGO E AFINS
691	MEIO OFICIAL TORNEIRO
185	MEMBRO DE ORDENS OU SEITAS RELIGIOSAS

170	MEMBRO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
692	MENSAGEIRO
693	MERGULHADOR
694	MESTRE DE OBRA
695	MESTRE DE PANIFICAÇÃO
696	MESTRE HOTEL
153	METEOROLOGISTA
697	MICROBIOLOGISTA
698	MICROEMPRESÁRIO
699	MILITAR
700	MILITAR ATIVO
46	MILITAR DA AERONÁUTICA
47	MILITAR DA MARINHA
48	MILITAR DA RESERVA
49	MILITAR DO EXÉRCITO
701	MILITAR ESTRANGEIRO
702	MILITAR INATIVO
50	MILITAR REFORMADO
703	MINEIRO
704	MINISTRO
181	MINISTRO DE ESTADO E DA DIPLOMACIA
51	MINISTRO DE TRIBUNAL
705	MODELO
706	MODISTA
707	MOLDADOR
708	MONTADOR
709	MORDOMO
710	MOTO BOY
52	MOTORISTA
711	MOTORNEIRO
712	MOTOTAXISTA
134	MUSEÓLOGO
53	MÚSICO
713	NATURALISTA

714	NAVEGADOR
715	NEGOCIANTE
150	NUTRICIONISTA
155	OCEANÓGRAFO
716	OCUPAÇÃO NÃO CLASSIFICADA
217	OCUPANTE DE CARGO DE ASSESSORAMENTO SUPERIOR
218	OCUPANTE DE CARGO DE ASSISTÊNCIA INTERMEDIÁRIA
54	OCUPANTE DE CARGO DE DIREÇÃO
717	ODONTOLOGO
718	OFFICE BOY
719	OFICIAL
720	OFICIAL DE CARTÓRIO
721	OFICIAL DE JUSTIÇA
722	OFICIAL LEGISLATIVO
723	OFTALMOLOGISTA
724	OLEIRO
726	OPERADOR CINEMATOGRAFICO
727	OPERADOR DE ÁUDIO
728	OPERADOR DE COMPUTADOR
729	OPERADOR DE DRAGA
730	OPERADOR DE EMPILHADEIRA
731	OPERADOR DE FORNO
732	OPERADOR DE GÁS
733	OPERADOR DE MAQUINA
734	OPERADOR DE MAQUINAS AGRÍCOLAS
735	OPERADOR DE MAQUINAS PESADAS
736	OPERADOR DE MOTO SERRA
737	OPERADOR DE RADIO
738	OPERADOR DE REATORES NUCLEARES
739	OPERADOR DE SUBESTAÇÃO
740	OPERADOR DE TELEFONE
741	OPERADOR DE TRANSMISSÃO
742	OPERADOR DE TV
743	OPERADOR DE XEROX

725	OPERÁRIO
175	ORIENTADOR EDUCACIONAL
744	OURIVES
55	OUTROS PROFISSIONAIS DO ESPETÁCULO E DAS ARTES
745	PADEIRO
746	PADRE
747	PAISAGISTA
748	PAPILOSCOPISTA
749	PARASITOLOGISTA
750	PARTEIRA
751	PASSADOR
752	PASTELEIRO
753	PASTOR
754	PATINADOR
755	PATOLOGISTA
110	PATOLOGISTA (VETERINÁRIO)
756	PEÃO
757	PEÃO DE CHÁCARA
758	PEÃO DE RODEIO
759	PECUARISTA
56	PEDAGOGO
760	PEDREIRO
761	PEIXEIRO
762	PELETEIRO
57	PENSIONISTA
763	PERFURADOR
764	PERFURADOR DE POÇOS PETRÓLEO
765	PERITO CRIMINAL
766	PERITO POLICIAL
58	PESCADOR
767	PILOTO
59	PILOTO DE AERONAVES
768	PILOTO DE NAVIO
769	PINTOR

144	PINTOR ARTÍSTICO E AFINS
770	PINTOR DE AUTO
771	PINTOR DE CONSTRUÇÃO CIVIL
772	PINTOR DE QUADROS
773	PIZZAIOLLO
774	PLAINADOR
60	POLICIAL
776	POLICIAL INATIVO
777	POLICIAL MILITAR
778	POLIDOR
775	POLÍTICO
779	PORTEIRO
780	PRACISTA
781	PRATICO DE FARMÁCIA
178	PREFEITO
782	PRENSADOR
61	PRESIDENTE DA REPÚBLICA
206	PRESTADOR DE SERVIÇOS DO COMÉRCIO
117	PROCURADOR
783	PROCURADOR DA REPUBLICA
784	PROCURADOR DE ESTADO
785	PROCURADOR DO INSS
786	PROCURADORA DA REPUBLICA
787	PROCURADORA DE ESTADO
788	PRODUTOR DE CINEMA
789	PRODUTOR DE TV
62	PRODUTOR NA EXPLORAÇÃO AGROPECUÁRIA
790	PRODUTOR RURAL
791	PROFESSOR
63	PROFESSOR DO ENSINO FUNDAMENTAL
64	PROFESSOR DO ENSINO MÉDIO
65	PROFESSOR DO ENSINO SUPERIOR
183	PROFISSIONAL DA COMERCIALIZAÇÃO
66	PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA (EXCETO PROFESSOR)

67	PROFISSIONAL DE MARKETING
182	PROFISSIONAL DE PUBLICIDADE
792	PROGRAMADOR
793	PROJETISTA
794	PROMOTOR
795	PROMOTOR DE EVENTOS
119	PROMOTOR DE JUSTIÇA
796	PROMOTOR DE VENDAS
797	PROMOTOR JURÍDICO
798	PROMOTOR PÚBLICO
799	PROPAGANDISTA
68	PROPRIETÁRIO DE IMÓVEL, RECEBENDO RENDIMENTO DE ALUGUEL
800	PROSTITUTA
184	PSICANALISTA
69	PSICÓLOGO
801	PSIQUIATRA
231	PUBLICITÁRIO
802	PUGILISTA
152	QUÍMICO
803	QUITANDEIRO
804	RADIALISTA
805	RADIOTECNICO
806	RADIOTELEGRAFISTA
203	RECENSEADOR
807	RECEPCIONISTA
808	REDATOR
174	REGENTE DE ORQUESTRA OU CORAL
230	RELAÇÕES PÚBLICAS
809	RELIGIOSO
810	RELOJOEIRO
811	REMADOR
812	RENDEIRO
813	REPARADOR
166	REPÓRTER

814	REPOSITOR
815	REPRESENTANTE COMERCIAL
816	REPRESENTANTE DE VENDAS
817	RETIFICADOR DE MOTOR
818	REVISOR GRÁFICO
70	SACERDOTE
819	SALGADEIRO
820	SALVA VIDAS
821	SAPATEIRO
822	SECRETARIO
823	SEGURADOR
824	SEGURANÇA
825	SEM OCUPAÇÃO
71	SENADOR
826	SERICULTOR
827	SERIGRAFISTA
828	SERINGUEIRO
829	SERRADOR
830	SERRALHEIRO
831	SERVENTE
832	SERVENTE DE PEDREIRO
190	SERVENTUÁRIO DA JUSTIÇA
833	SERVIÇOS GERAIS
220	SERVIDOR DE NÍVEL SUPERIOR NAS ATIVIDADES DE CONTROLE
219	SERVIDOR DE NÍVEL SUPERIOR NAS ATIVIDADES DE FINANÇAS
72	SERVIDOR DE NÍVEL SUPERIOR NAS ATIVIDADES DE FISCALIZAÇÃO
73	SERVIDOR DE NÍVEL SUPERIOR NAS ATIVIDADES DE GESTÃO GOVERNAMENTAL
74	SERVIDOR DE NÍVEL SUPERIOR NAS ATIVIDADES DE PESQUISA ECONÔMICA
221	SERVIDOR DE NÍVEL SUPERIOR NAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO
834	SERVIDOR PÚBLICO
75	SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
76	SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

77	SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
835	SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
211	SOCIÓLOGO
836	SOLDADOR
837	SONOPLASTA
838	SORVETEIRO
839	SUB-GERENTE
840	SUPERINTENDENTE DE AEROPORTO
841	SUPERVISOR DE OFICINA
842	SUPERVISOR DE VENDAS
78	SUPERVISOR DE VENDAS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO COMÉRCIO
885	TABELIÃO
79	TABELIÃO E DEMAIS SERVENTUÁRIOS DE JUSTIÇA
886	TANOEIRO
887	TAPECEIRO
888	TAQUIGRAFO
889	TAXISTA
890	TECELÃO
843	TÉCNICO
844	TÉCNICO AGRÁRIO
845	TÉCNICO AGROPECUÁRIO
846	TÉCNICO ARQUIVISTA
847	TÉCNICO COMPUTADOR
80	TÉCNICO DA PRODUÇÃO AGROPECUÁRIA
81	TÉCNICO DAS CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
114	TÉCNICO DAS CIÊNCIAS CONTÁBEIS
848	TÉCNICO DE ARTES GRÁFICAS
849	TÉCNICO DE CONTABILIDADE
850	TÉCNICO DE FROTA
851	TÉCNICO DE FUTEBOL
852	TÉCNICO DE IMPERMEABILIZAÇÃO
853	TÉCNICO DE laboratório
82	TÉCNICO DE LABORATÓRIO E RAIOS X E OUTROS EQUIPAMENTOS
854	TÉCNICO DE laticínios


- 855 TÉCNICO DE MINERAÇÃO
- 856 TÉCNICO DE NUTRIÇÃO
- 857 TÉCNICO DE OBRAS
- 858 TÉCNICO DE PRODUÇÃO alimentícios
- 859 TÉCNICO DE RAIOS-X
- 860 TÉCNICO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVO
- 861 TÉCNICO DE TV
- 862 TÉCNICO EM ADMINISTRAÇÃO
- 863 TÉCNICO EM AGRONOMIA
- 83 TÉCNICO EM BIOLOGIA
- 84 TÉCNICO EM CIÊNCIAS FÍSICAS
- 189 TÉCNICO EM CIÊNCIAS QUÍMICAS
- 85 TÉCNICO EM CONSTRUÇÃO CIVIL, DE EDIFICAÇÕES E OBRAS DE INFRA-ESTRUTURA
- 864 TÉCNICO EM CONTABILIDADE
- 87 TÉCNICO EM ELETRO-ELETRÔNICA E FOTÔNICA
- 86 TÉCNICO EM ELETRÔNICA
- 865 TÉCNICO EM ENFERMAGEM
- 88 TÉCNICO EM INFORMÁTICA
- 89 TÉCNICO EM METALMECÂNICA
- 90 TÉCNICO EM NAVEGAÇÃO AÉREA
- 193 TÉCNICO EM NAVEGAÇÃO FLUVIAL
- 191 TÉCNICO EM NAVEGAÇÃO MARÍTIMA
- 194 TÉCNICO EM NAVEGAÇÃO METROFERROVIÁRIA
- 866 TÉCNICO EM PAPILOSCOPIA
- 867 TÉCNICO EM PARAMEDICO
- 868 TÉCNICO EM PATOLOGIA
- 869 TÉCNICO EM PERFURAÇÃO
- 870 TÉCNICO EM PESCA
- 871 TÉCNICO EM PETRÓLEO
- 872 TÉCNICO EM PROJETISTA
- 873 TÉCNICO EM PUBLICIDADE
- 874 TÉCNICO EM REFRIGERAÇÃO
- 875 TÉCNICO EM SEG DO TRABALHO

876	TÉCNICO EM TELECOMUNICAÇÃO
877	TÉCNICO EM TELEFONIA
878	TÉCNICO EM TRANSPORTE
879	TÉCNICO EM VULCANIZAÇÕES
880	TÉCNICO HIDRÁULICO
881	TÉCNICO INSTRUMENTISTA
882	TÉCNICO LEGISLATIVO
883	TÉCNICO QUÍMICO
884	TÉCNICO TRIBUTÁRIO
91	TÉCNICOS EM ESTATÍSTICA
140	TÉCNICOS EM OPERAÇÃO DE MÁQUINAS DE TRATAMENTO DE DADOS
911	TECNÓLOGO EM SANEAMENTO BÁSICO E OBRAS HIDRÁULICAS
891	TELEFONISTA
892	TELEGRAFISTA
159	TERAPEUTA OCUPACIONAL
893	TESOUREIRO
894	TINTUREIRO
895	TIPÓGRAFO
896	TOPÓGRAFO
897	TORNEIRO
898	TORNEIRO MECÂNICO
229	TRABALHADOR AGRÍCOLA
198	TRABALHADOR DA CONSTRUÇÃO CIVIL
196	TRABALHADOR DA FABRICAÇÃO DE FUMO
197	TRABALHADOR DA FABRICAÇÃO DE AGROINDÚSTRIAS
92	TRABALHADOR DA FABRICAÇÃO DE ALIMENTOS
195	TRABALHADOR DA FABRICAÇÃO DE BEBIDAS
93	TRABALHADOR DA FABRICAÇÃO E INSTALAÇÃO ELETRO-ELETRÔNICA
201	TRABALHADOR DA INDÚSTRIA DA BORRACHA E PLÁSTICO E AFINS
94	TRABALHADOR DA INDÚSTRIA EXTRATIVA
200	TRABALHADOR DA INDÚSTRIA PETROQUÍMICA
97	TRABALHADOR DA INDÚSTRIA QUÍMICA
95	TRABALHADOR DA TRANSFORMAÇÃO DE METAIS E COMPÓSITOS
199	TRABALHADOR DAS INDÚSTRIAS DAS ARTES GRÁFICAS

- 96 TRABALHADOR DAS INDÚSTRIAS DE MADEIRA E DO MOBILIÁRIO
- 98 TRABALHADOR DAS INDÚSTRIAS TÊXTEIS, DO CURTIMENTO, DO VESTUÁRIO
- 99 TRABALHADOR DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO
- 100 TRABALHADOR DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS DE FABRICAÇÃO DE CELULOSE E PAPEL
- 101 TRABALHADOR DE INSTALAÇÕES SIDERÚRGICAS E DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO
- 102 TRABALHADOR DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO
- 103 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE EDIFÍCIOS
- 205 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO
- 222 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE CONSERVAÇÃO DE EDIFÍCIOS
- 105 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE HOTELARIA
- 223 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DE EDIFÍCIOS
- 106 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- 107 TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DOMÉSTICOS EM GERAL
- 108 TRABALHADOR NA EXPLORAÇÃO AGROPECUÁRIA
- 899 TRABALHADOR RURAL
- 109 TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE CALÇADOS
- 111 TRABALHADORES DOS SERVIÇOS FUNERÁRIOS
- 900 TRADUTOR
- 901 TRATORISTA
- 902 TURISMO
- 903 VAQUEIRO
- 904 VAREJISTA
- 112 VENDEDOR
- 905 VENDEDOR AMBULANTE
- 187 VEREADOR
- 113 VETERINÁRIO
- 906 VIDRACEIRO
- 164 VIDREIRO
- 907 VIGIA
- 908 VIGILANTE
- 142 VITRINISTA

909 VULCANIZADO
910 ZELADOR
210 ZOOTECNISTA

ANEXO 2 – Termo da secretaria de saúde



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura de Passo Fundo

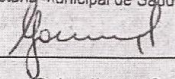
Secretaria de Saúde - SMS

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL

Eu, Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves, Secretária do Município de Passo Fundo - RS, tenho ciência e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO”** no Centro de Referência em Saúde da Mulher, sob responsabilidade da aluna Stéphanie Lussana Dalla Vecchia e sob a orientação do professor Mestre José Ribamar Fernandes Saraiva Júnior e coorientação da Prof. Sofia Carla Abelin Noskoski, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo.

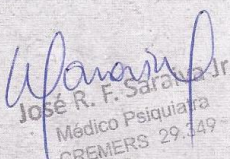
Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador, o espaço físico da unidade de saúde e acesso aos prontuários

Carla Beatrice C. Gonçalves
Secretária Municipal de Saúde



Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves
Secretária de Saúde

Passo Fundo, 26 de março de 2018.



José R. F. Saraiva Jr.
Médico Psiquiatra
CREMERS 29.349

ANEXO 3 – Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Pesquisador: José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 88465518.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.887.349

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer 2.851.264.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer 2.851.264.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer 2.851.264.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer 2.851.264.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme parecer 2.851.264.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequação realizada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.887.349

Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1091246.pdf	29/08/2018 17:08:44		Aceito
Outros	cartapendencia3.docx	29/08/2018 17:07:55	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_tcc_modificado_novo_cronograma_2.docx	29/08/2018 17:07:22	José Ribamar Fernandes Saraiva	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.887.349

Investigador	projeto_tcc_modificado_novo_cronograma_2.docx	29/08/2018 17:07:22	Junior	Aceito
Outros	cartadependencia2.doc	14/08/2018 15:07:13	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
Outros	cartadependencia.doc	22/06/2018 22:18:44	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
Outros	usodedadosmodificado.pdf	22/06/2018 22:18:19	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
Outros	fichacoleta.docx	09/04/2018 12:38:23	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
Outros	secretaria.jpg	09/04/2018 12:32:21	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	09/04/2018 12:31:30	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	09/04/2018 12:31:11	José Ribamar Fernandes Saraiva Junior	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 11 de Setembro de 2018

Assinado por:
Iara Denise Endruweit Battisti
(Coordenador)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO 4 – Regras da Revista FEMINA



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

PRESIDÊNCIA

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421- sala 903-São Paulo-SP-Brasil- 01401-001-Fone: 55 (11)

5573.4919

SECRETARIA EXECUTIVA

Av. das Américas, 8445- sala 711-Rio de Janeiro-RJ-Brasil- 22793-081-Fone: 55 (21) 2487.6336

www.febrasgo.org.br

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – FEMINA

Femina é uma publicação trimestral da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento na área de Ginecologia e Obstetrícia e outras de interesse dos Ginecologistas e Obstetras que possam auxiliá-lo na sua prática profissional. Todas as contribuições serão publicados no idioma português. Toda contribuição submetida à FEMINA, de acordo com as instruções aos autores, será examinada pelo Conselho Editorial para avaliação do conteúdo, forma e qualidade. A revista será impressa e manterá uma versão online de livre acesso na Internet aos associados da FEBRASGO e assinantes. A FEMINA aceita para publicação somente revisões narrativas/ artigos de atualização.

Revisões narrativas (artigos de atualização)

Apropriadas para descrever e discutir o estado da arte de um determinado tema. Esta revisão, na forma de artigo de atualização, provê a interpretação crítica do(s) autor(es), por meio da literatura publicada e atualizada.

Submissão dos artigos

Os artigos deverão ser enviados exclusivamente por meio eletrônico para o e-mail: editorial.office@febrasgo.org.br:

1. Documento principal: Título/ Resumo/ Descritores/ Corpo do manuscrito/Referências;
2. Página de títulos: Título/ Autores – nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis autores)/ Afiliação institucional/ Informações do autor correspondente/ Agradecimentos a órgãos de fomento à pesquisa, se houver;
3. Cessão dos direitos autorais assinada por todos os autores (**Modelo**).

Dinâmica da avaliação das contribuições

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos pareceristas (processo *double mind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem

introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

Normas para preparação das revisões

Título: No idioma português, com no máximo 18 palavras;

Resumo (Informativo, do tipo não estruturado, de artigo de revisão narrativa): Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150);

Descritores: As palavras-chaves do artigo devem estar de acordo no DeCS–Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) ou Mesh–Medical Subjects Headings (<http://nlm.nih.gov/mesh>), cite no mínimo 5;

Corpo do manuscrito: Os manuscritos submetidos à Femina devem possuir no máximo 2000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências;

Referências: Para os manuscritos submetidos à Femina, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (auto-citação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). Não há limites de referências nos casos de artigo de revisão narrativa ou sistemática.

Normas gerais

Abreviaturas/nomenclatura: O uso de abreviaturas deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no artigo.

Elementos não-textuais: Gráficos, gravuras, fotografias, esquemas, desenhos, tabelas, quadros, fórmulas etc. constituem os elementos não textuais. Eles servem à elucidação, explicação e simplificação do entendimento do texto, devendo ser autoexplicativos. Estes elementos devem ser mencionados, preferencialmente, na seção Resultados do texto. Os elementos devem ser mencionados no texto como Figura, Tabela ou Quadro, e numerados sequencialmente com algarismos arábicos, devendo possuir, além de identificação e número, título e fonte no rodapé. As tabelas deverão ser elaboradas em

conformidade com a Norma de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1993. Desenhos, gráficos, figuras ou outras ilustrações não-originais já publicados por outros autores devem ser submetidos à autorização antes da publicação em *Femina*. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser incluídas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

Exemplos de Referências

As citações e as referências deverão ser apresentadas de acordo com os requisitos do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* – consultar links: <http://www.icmje.org>; http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e <http://www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html>.

Artigos de revista

- Até 6 autores: todos os autores.

Exemplo: Halper SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002; 347(4):284-7.

- Mais de 6 autores: nome dos 6 primeiros autores seguidos de et al.

Exemplo: Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002; 935(1-2):40-6.

Livros

Exemplo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

Exemplo: Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. New York: Harper and Row; 1976.

Exemplo: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St.Louis: Mosby; 2002.

Exemplo: Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, Van Dorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulos de livros

Exemplo: Meltzer OS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.

Teses e dissertações

Exemplo: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Trabalhos em eventos

Exemplo: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming, In: Foster JÁ, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

Artigos de revista na Internet

Exemplo: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografias na Internet

Exemplo: Foley KM, Gelband H, editors [Internet]. Improving palliative care of câncer. Washington: National Academy Press; 2001[cited 2002 Jun 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Homepage/Website

Exemplo: Cancer –Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [update 2002 May 16; cited 2002 Jun 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org> American Medical Association [internet]. Chicago: The Association; c1995-2002[updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>.

As instruções aos Autores deste periódico foram elaboradas baseadas nas diretrizes da Vancouver e na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.*

ANEXO 5 – Protocolo de encaminhamento para obstetrícia



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)

O protocolo de Obstetrícia será publicado em breve, conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave ou comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 03 de fevereiro de 2016.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
 www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Protocolo 1 – Hipertensão em Gestantes

Considerar Hipertensão Arterial Sistêmica gestantes com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg medida de maneira adequada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (ver quadro 1 no anexo); ou
- crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
 - lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
 - uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou
 - suspeita de hipertensão secundária; ou
 - tabagismo; ou
 - idade materna ≥ 40 anos; ou
 - diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou
 - mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação).
- hipertensão gestacional:
 - diagnosticada após 20ª semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia); ou
 - diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou
 - em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. diagnóstico de hipertensão prévio a gestação (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico;
3. duas medidas de pressão arterial, com data;
4. resultado de proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria /creatinúria em amostra) com data;
5. medicamentos em uso para hipertensão;
6. descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de diabetes mellitus (estabelecido antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum ≥ 126 mg/dl); **ou**
- diabetes gestacional e:
 - ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas e uso de hipoglicemiante oral; **ou**
 - gestante com hipertensão crônica.

O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado para todas as gestantes com diabetes gestacional. Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas (glicemia capilar em jejum ≤ 95 mg/dl ou 2 horas após a mesma refeição ≤ 120 mg/dl) orienta-se iniciar tratamento farmacológico com metformina. Gestantes que persistem sem controle glicêmico após 2 semanas do uso de metformina em dose otimizada, associado à orientações dietéticas, devem ser encaminhadas para serviço de referência.

Algumas situações apresentam maior risco de falha do uso de hipoglicemiantes orais (como valores de glicemia de jejum ≥ 140 mg/dl ou glicemia em 2 horas ≥ 200 mg/dl no TTG 75g). Portanto, nessas condições, recomenda-se encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco no momento do diagnóstico, além de iniciar o tratamento não farmacológico e hipoglicemiante oral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. diagnóstico de diabetes prévio a gestação (sim ou não);
3. resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
4. descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Protocolo 3 – Anemias em Gestantes

Não há indicação de referenciar ao serviço especializado gestantes com traço falciforme.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- anemia com sinais ou sintomas de gravidade (como dispneia, taquicardia, hipotensão).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou
- hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou
- hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias); ou
- hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias (sim ou não). Se sim, qual;
3. resultado de eletroforese de hemoglobina (se realizado), com data;
4. resultado de hemograma ,com data:
 - se hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl, descreva 2 hemogramas com intervalo mínimo de 60 dias;
 - se hemoglobina menor que 8 g/dl, somente necessita descrever 1 exame;
5. tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Protocolo 4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou
- paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia e Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de hipertireoidismo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de TSH, com data;
3. resultado de T4-livre ou T4 total, com data;
4. tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Protocolo 5 – Gestação com abortamento recorrente

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- Sinais e sintomas sugestivo de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- Gestante com história de abortamento recorrente:
 - perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade < 35 anos; ou
 - perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade ≥ 35 anos;
- presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (ver quadro 2 no anexo); ou
- história prévia de incompetência istmo-cervical¹ (dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo); ou
- suspeita atual de incompetência istmo-cervical¹ (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. número de abortos anteriores e idade gestacional em cada;
3. outras comorbidades que aumentam risco de abortamento (sim ou não). Se sim, qual?
4. história de tromboembolismo venoso profundo prévio ou trombose arterial (sim ou não);
5. história ou suspeita de incompetência istmo-cervical (sim ou não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.

1 Gestante com história prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical deve iniciar progestágeno (progesterona micronizada via vaginal 100 a 200 mg/dia a partir da 16 semana de gestação) enquanto aguarda consulta em serviço especializado.

2 Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com:

- enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas).

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia (Hepatites virais) ou Infectologia:

- hepatite viral aguda por vírus C (colocar no sistema eletrônico de regulação e contatar o Complexo Regulador Estadual pelo e-mail ambulatorialrs@saude.rs.gov.br); ou
- hepatite viral crônica por vírus C; ou
- hepatite viral crônica por vírus B.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de transaminases (TGO/TGP), com data;
3. se hepatite B: resultado de HbsAg, com data;
4. se hepatite C: anti-HCV e PCR para HCV, com data;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetria

Protocolo 7 – HIV em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE):

- gestante com diagnóstico de HIV/AIDS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetria (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de HIV /AIDS (quando SAE de referência em HIV não trata gestantes).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. tratamento com TARV atual ou prévio (sim ou não). Se sim, qual?
3. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou
- pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional (ver quadro 3 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de Toxoplasmose IgG e IgM, com data;
3. resultado de avidez ao IgG, quando indicado (ver quadro 3 no anexo), com data;
4. resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
5. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva a causa da imunossupressão;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose devem iniciar tratamento imediato enquanto aguardam consulta com serviço especializado. Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 se necessário suporte.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetria

Protocolo 9 – Condiloma acuminado / Verrugas virais em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetria (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); ou
- gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal)/verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. descrição da lesão (localização, tamanho);
3. tratamento realizado para condiloma/verrugas virais (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e posologia;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessauders.ufrgs.br
Obstetrícia

Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou
- gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina); ou
- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), com data;
3. resultado de teste treponêmico (fta-abs ou teste rápido), com data;
4. tratamento realizado para sífilis (medicamento e posologia); (ver quadro 4)
5. parceiro adequadamente tratado (sim ou não). Se sim, qual medicamento e posologia?
6. resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessauders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Protocolo 11 – Alterações ecográficas na Gestação

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Alterações no Líquido Amniótico:

- oligodrâmnio (ILA menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsa < 2 cm); ou
- polidrâmnio consequente à anomalia fetal;
- polidrâmnio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsa > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica.

Alterações Placentárias:

- placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional; ou
- placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou
- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); ou
- inserção velamentosa do cordão.

Alterações fetais:

- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Medicina Fetal):

- fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais, como: fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocelo/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de ecografia obstétrica, com data;
3. presença de comorbidades maternas (sim ou não). Se sim, qual?
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Protocolo 12 – Isoimunização Rh

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou
- gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título; ou
- gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de tipagem sanguínea e fator Rh;
3. resultado de coombs indireto, com data;
4. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543

www.telessaudeRS.ufrgs.br

Obstetrícia

Protocolo 13 – Condições clínicas de risco à gestação atual

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Condições fetais

- gemelaridade; ou
- suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.

Condições maternas

- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou
- pneumopatias graves; ou
- nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite); ou
- doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); ou
- doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); ou
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras collagenoses); ou
- deformidade esquelética materna grave; ou
- desnutrição ou obesidade mórbida; ou
- diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou
- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou
- tromboembolismo venoso prévio¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria:

- doenças psiquiátricas graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. condição clínica fetal de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e descreva altura uterina;
3. condição clínica materna de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e exames realizados (quando necessário);
4. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

1. Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas). Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessauders.ufrgs.br
Obstetrícia

Protocolo 14 – Condições clínicas de risco em gestação prévia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Condições fetais

- história de óbito fetal no 3º trimestre.

Condições maternas

- mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação); ou
- acretismo placentário em gestação anterior; ou
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. condição clínica materna ou fetal de risco em gestação prévia (sim ou não). Se sim, descreva condição;
3. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 120, n. 4, p. 964-973, 2012.

AUGUST, P.; SIBAI, B. M. **Preeclampsia: clinical features and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BACINO, C. A. **Approach to congenital malformations**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-congenital-malformations>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BAUER, K. A. **Use of anticoagulants during pregnancy and postpartum**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/use-of-anticoagulants-during-pregnancy-and-postpartum>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BERGHELLA, V. **Cervical insufficiency**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cervical-insufficiency>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BERGHELLA, V. **Second trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/second-trimester-evaluation-of-cervical-length-for-prediction-of-spontaneous-preterm-birth>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. Prevention of preterm labor and preterm birth [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2013. Acesso via portal periódicos (saude.gov.br). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>>.

FREITAS, F. M. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, 2008. (NICE Clinical Guideline 62). Disponível em: <<http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/CG062NICEguideline.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

NORWITZ, E. R. Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

RESNIK, R. **Clinical features and diagnosis of the morbidly adherent placenta (placenta accreta, increta, and percreta)**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-the-morbidly-adherent-placenta-placenta-accreta-increta-and-percreta>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SCHWARTZ, D. R. **Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: prevention**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/deep-vein-thrombosis-and-pulmonary-embolism-in-pregnancy-treatment>. Acesso em: 20 ago. 2015.



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Anexos

Quadro 1 – Suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia

Pré-eclâmpsia
<p>Hipertensão arterial (PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg) detectada após 20ª semana gestacional associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proteinúria (relação proteinúria/creatinúria \geq 0,3 ou fita reagente \geq 1+); e/ou - sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas): <ul style="list-style-type: none"> o cefaleia persistente ou grave, o anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia), o dor abdominal ou epigástrica, o náusea e vômito, o dispneia, dor retroesternal, o confusão mental.
<p>Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica</p> <p>Hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou - sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.
<p>Eclâmpsia</p> <p>Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.</p>

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Duncan et. al (2013) e August (2015).

Quadro 2 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípido (pelo menos um dos critérios clínicos).

<p>Trombose vascular:</p> <p>- um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial.</p> <p>Morbidade obstétrica:</p> <p>a) uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais a partir da 10ª semana de gestação.</p> <p>b) um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave.</p> <p>c) três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída.</p>
--

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Freitas et. al (2011).



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
 www.telessaunders.ufrgs.br
 Obstetrícia

Quadro 3 – Sorologia: situação e interpretação

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	
	IgG	IgM		
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação.	Teste de avidéz na mesma amostra. Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologia em 03 semanas. IgG positiva: confirma infecção. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.
Primeira sorologia após o 1º trimestre	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação.	Teste de avidéz na mesma amostra. Avidéz não permite excluir infecção atual, auxilia no prognóstico. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologia em 03 semanas. IgG positiva: confirma infecção. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.
Amostras subsequentes na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Infecção durante a gestação. Encaminhar ao Alto Risco.	
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologia em 03 semanas. IgG positiva: confirma infecção. Encaminhar ao Alto Risco.

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Brasil (2012). Pré-Natal de baixo risco. (Caderno de Atenção Básica 32).

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Quadro 4 - Tratamento da sífilis na gestação:

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
- Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano): Penicilina Benzatina 4,8 milhões UI, IM, 2 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias.
- Sífilis terciária ou latente tardia (> 1 ano ou tempo desconhecido): Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI, IM, 3 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias entre cada dose.

Fonte: Brasil (2012). Pré-Natal de baixo risco. (Caderno de Atenção Básica 32).

**RegulaSUS**

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**
www.telessaunders.ufrgs.br
Obstetrícia

Organizadores:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:

Cristiano Salazar
Edimarlei Valério
Eduardo Passos
Elisa Eichenberg Furasté
Elise Boteselle de Oliveira
Ellen Machado Arlindo
Erno Harzheim
Eunice Chaves
Janete Vetorazzi
Maria Lúcia Oppermann
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Sérgio Martins Costa
Rudi Roman

Designer:

Luiz Felipe Telles

Revisão:

Ana Célia da Silva Siqueira
Complexo Regulador Estadual – SES/RS
Letícia Felipak dos Passos Martins
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015
Porto Alegre – RS.